

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

MÉMOIRE DOCTORAL PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

PAR
MARIE-PIER BILODEAU

L'UTILISATION DE LA DÉROGATION CLINIQUE DANS L'ÉVALUATION DU
RISQUE DE RÉCIDIVE DES JEUNES CONTREVENANTS

DÉCEMBRE 2020

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE (D. Ps.)

L'UTILISATION DE LA DÉROGATION CLINIQUE DANS L'ÉVALUATION DU
RISQUE DE RÉCIDIVE DES JEUNES CONTREVENANTS

PAR
MARIE-PIER BILODEAU

Ce mémoire doctoral a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Geneviève Parent, Ph.D., directrice de recherche
(Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais)

Catherine Laurier, Ph.D., codirectrice de recherche
(Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke)

Miguel M. Terradas, Ph.D., évaluateur interne
(Département de psychologie, Université de Sherbrooke)

Jean-Pierre Guay, Ph.D., évaluateur externe
(Département de criminologie, Université de Montréal)

Ce mémoire doctoral est rédigé sous forme d'article scientifique, de façon conforme au Règlement facultaire des programmes de maîtrise et de doctorat, article 5.2, et des Règles institutionnelles pour les mémoires et thèses par articles de l'Université de Sherbrooke. L'article a été rédigé selon les normes de la revue dans laquelle il a été soumis, laquelle a été approuvée par le Département de psychologie de la Faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke.

Sommaire

Au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, l'évaluation du risque de récidive s'effectue par le biais d'un instrument standardisé, le *Youth Level of Service/Case Management Inventory* (YLS/CMI; Hoge & Andrews, 2006). Lorsque l'outil est complété, le clinicien peut faire appel à son jugement professionnel discrétionnaire pour décider s'il effectue une dérogation clinique l'amenant à modifier le niveau de risque fourni par l'instrument. Cette pratique, qui atteint 74% dans certaines organisations (Schmidt et al., 2015), peut s'avérer préjudiciable car elle réduit la validité prédictive de l'instrument (Guay & Parent, 2018) et ainsi, la probabilité que le jeune reçoive une intervention adaptée à ses besoins. Ce mémoire doctoral avait donc pour objectif d'évaluer certains facteurs pouvant influencer l'utilisation de la dérogation clinique, soit 1) les caractéristiques sociodémographiques du jeune (sexe, âge au moment du premier YLS/CMI, origine ethnoculturelle), 2) les paramètres de sa carrière criminelle (précocité, nombre total d'antécédents, type des crimes, gravité des crimes, polymorphisme et sévérité maximale des sanctions reçues) et 3) les résultats provenant du YLS/CMI (scores aux domaines de risque, score total, niveau de risque, nombre d'autres besoins et considérations). L'analyse multivariée effectuée à partir du dossier de 584 jeunes contrevenants a permis d'identifier le sexe du jeune, la sévérité maximale des sanctions qu'il a reçues et son score au domaine attitudes et tendances antisociales, comme facteurs influençant le recours à la dérogation clinique. Cette étude fournit des pistes de réflexion critiques à l'égard des facteurs en jeu dans l'évaluation des jeunes contrevenants pour tenter d'expliquer ces résultats. D'une part, la possible présence de biais découlant d'heuristiques

dans le processus décisionnel des cliniciens est discutée, afin d'offrir des hypothèses explicatives à l'égard de l'aspect cognitif de la prise de décision. L'impact des expériences passées et des associations automatiques sur les décisions actuelles est réfléchi. D'autre part, les possibles réactions contre-transférentielles vécues par les cliniciens dans la relation avec le jeune sont discutées, afin de considérer l'aspect affectif dans la prise de décision (p. ex., les réactions typiques devant des jeunes présentant des traits antisociaux, la tolérance aux émotions difficiles, l'effet du sexe du jeune sur la relation). Les retombées cliniques découlant de ces réflexions sont diverses, tant pour les délégués à la jeunesse évaluant le risque de récidive des jeunes contrevenants, que pour les psychologues évaluant le risque de dangerosité de ces mêmes jeunes et offrant de la consultation à leurs collègues délégués à la jeunesse. Ces résultats soulèvent l'importance de questionner ses propres processus réflexifs afin de prendre conscience des facteurs les sous-tendant, et mettent ainsi de l'avant des pistes de formation intéressantes sur la dérogation clinique pour les organisations détenant un mandat d'évaluation du risque de récidive. Des pistes de recherches futures sont finalement élaborées, afin de bonifier la compréhension des enjeux reliés à la prise de décision lors de l'évaluation auprès des jeunes contrevenants.

Mots-clés : Dérogation clinique, évaluation, risque de récidive, YLS/CMI, jeunes contrevenants, prise de décision

Table des matières

Sommaire	iv
Liste des tableaux.....	vii
Liste des abréviations.....	viii
Remerciements.....	ix
Introduction.....	1
Délinquance à l'adolescence	3
Psychologie de la conduite criminelle	6
Processus décisionnels	10
Organisation du mémoire doctoral.....	21
Article : Use of Clinical Override in the Assessment of Young Offenders' Risk of Recidivism	23
Methodology	32
Results.....	36
Discussion	41
Conclusion	48
Conclusion	56
Heuristiques	58
Réactions contre-transférentielles	61
Implications pour la pratique	66
Pistes de recherches futures	70
Références	72

Liste des tableaux

Table

Table 1. Descriptive statistics on socio-demographic characteristics, criminal career parameters, totals and use of clinical override.....	37
Table 2. Socio-demographic characteristics, criminal career parameters and YLS/CMI outcomes based on use of clinical override	38
Table 3. Logistic regression of the use of clinical override based on young offenders' socio-demographic characteristics, criminal career parameters, and YLS/CMI scores. ...	40

Liste des abréviations

CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
HCR-20	<i>Historical Clinical Risk-20</i>
LS/CMI	Level of Service/Case Management Inventory
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
PIJ	Projet Intégration Jeunesse
RBR	Risque-Besoins-Réceptivité
RNR	Risk-Need-Responsivity
YLS/CMI	<i>Youth Level of Service/Case Management Inventory</i>

Remerciements

De nombreuses personnes ont contribué au support que j'ai reçu durant la rédaction de ce mémoire doctoral, mais celles que je souhaite mettre sous les projecteurs sont mes deux directrices de recherche, Geneviève Parent et Catherine Laurier. Leur soutien n'a pas été qu'académique, technique, méthodologique ou grammatical; elles m'ont offert opportunités, encouragements, compréhension, patience et rassurance lors de moments de doutes.

Geneviève, je te remercie pour ta présence et ta disponibilité. Tu as représenté, dès le début, un pilier auquel me référer à chaque étape. Tout le temps que tu m'as accordé, même pendant les périodes les plus exigeantes pour toi, est irremplaçable et grandement apprécié. Merci d'avoir respecté mon processus, autant lors de mes moments de silence que de découragement, que ceux où la productivité et la motivation étaient à leur maximum. Toujours avec ce fond d'humour que je te connais, ces échanges ont toujours été agréables et encourageants. Ton savoir et ton attention des détails m'ont permis de déposer une recherche de qualité dont je suis fière.

Catherine, merci pour ton éclairage des plus pertinents, ton œil de lynx et tes pistes de réflexions intéressantes. Ils ont bonifié et facilité chacune des étapes de mon processus. Merci pour ces faciles et rapides rendez-vous impromptus à trois, qui auront débloqué plusieurs impasses qui m'empêchaient d'avancer. Merci d'avoir amené cette touche réaliste et pratique, qui m'a elle aussi motivé à performer et à remettre une étude de qualité.

J'aimerais également remercier des personnes ayant occupé une place de premier rang dans la sphère personnelle. Parmi eux, je pense à mon incroyable cohorte et partenaires de rédaction, avec qui j'ai partagé tant d'émotions (Karine, Marie-Ève, Marie-Michelle, Mélanie, Jessica, Joëlle, Sophie). Je pense également à mon amoureux Philippe, qui m'accompagne dans ce périple académique et ce cheminement personnel depuis toutes ses années, qui a lui aussi représenté un soutien incomparable au cours de la réalisation de ce mémoire doctoral. Mes parents, Claire et Jean, ont toujours cru en moi et qui m'ont soutenu de toutes les façons possibles. Finalement, mes précieuses amies qui sont à mes côtés depuis toutes ces années (Alexanne, Amélie, Catherine D., Véronique, Fanie, Marie-Jeanne, Catherine G., Laurie et Marie-Laurence), m'ont encouragé à chaque étape. Ma reconnaissance envers chacun et chacune de vous est inexprimable.

J'aimerais finalement remercier les soutiens financiers du Fond de recherche Société et culture et de l'Institut universitaire Jeunes en difficulté. Ils ont grandement facilité la réalisation de ce mémoire doctoral.

Introduction

L'adolescence représente la période durant laquelle l'activité délinquante culmine pour atteindre son paroxysme (Blumstein et al., 1988; Piquero et al., 2003). Alors que certains ne feront qu'expérimenter la délinquance au cours de leur adolescence, d'autres s'installeront dans un mode de vie délinquant (Moffitt, 1993). Dans le but de diminuer le risque de récidive et d'éviter une cristallisation d'un mode de vie délinquant à l'âge adulte, il importe de bien évaluer les jeunes contrevenants afin de leur offrir l'intervention la plus adéquate en fonction de leurs besoins de réadaptation et de réinsertion sociale. À ce titre, l'évaluation du risque de récidive s'avère centrale afin d'exposer le jeune aux interventions dont il a réellement besoin.

Dans les Centres intégrés de santé et de services sociaux et CIUSSS du Québec, les intervenants responsables du suivi des peines des jeunes contrevenants (délégués à la jeunesse) utilisent un instrument standardisé pour estimer le niveau de risque de récidive des jeunes âgés de 12 à 20 ans, soit l'*Inventaire du niveau de service et de gestion de cas pour les adolescents*. Il s'agit d'une traduction française du *Youth Level of Service/Case Management Inventory*¹ (YLS/CMI; Hoge & Andrews, 2006), outil aujourd'hui utilisé partout dans le monde (Campbell et al., 2019; Chesta & Alarcón, 2019; Chu et al., 2014; Hannah-Moffat & Maurutto, 2003; Thompson & Putnins, 2003; Villanueva et al., 2019; Vincent et al., 2019). L'instrument, basé sur des facteurs de risques objectifs, permet au clinicien, tout bagage théorique et niveau d'expérience confondus, de faire appel à son jugement professionnel discrétionnaire afin de modifier le niveau de risque fourni par

¹ L'instrument ne peut être inséré en appendice du présent mémoire doctoral étant donné sa nature confidentielle et son interdiction de diffusion.

l'instrument lorsque celui-ci est complété. Cette pratique, appelée dérogation clinique, ne devrait être utilisée qu'exceptionnellement, soit au plus dans le dixième des évaluations puisqu'elle entraînerait une diminution de la validité prédictive de l'instrument (Chappell et al., 2013; Cohen et al., 2020; Guay & Parent, 2018; Schmidt et al., 2015; Storey et al., 2012; Wormith et al., 2015).

Dans l'organisation responsable du suivi des peines de l'ensemble des jeunes contrevenants francophones et allophones de Montréal (le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal), l'utilisation de la dérogation clinique s'élève à ce jour à plus du quart des YLS/CMI (28,6%; Rouleau & Parent, 2018). Il s'agit donc d'une pratique répandue dans les établissements de notre territoire, qui s'avère pourtant peu étudiée. L'étude des facteurs pouvant influencer les processus décisionnels des cliniciens recourant à la dérogation clinique apparaît donc crucial pour éviter qu'ils demeurent ignorés, puisqu'ils engendreraient de cette façon davantage de biais et d'erreurs (Gambrill, 2012). En effet, il apparaît plus difficile d'éviter ses propres biais lorsque ceux-ci demeurent hors du champ de la conscience. Il s'avère crucial de minimiser les risques d'erreur au sein de l'évaluation du risque de récidive des jeunes contrevenants afin de cibler avec précision le niveau d'intervention optimal auprès de ceux-ci et ce, à une période critique de leur développement.

Délinquance à l'adolescence

L'adolescence représente une période de la vie se caractérisant par plusieurs changements (Cannard, 2019; Lafortune & Bedwani, 1996). Durant celle-ci, les

adolescents sont amenés à accorder une plus grande importance aux pairs, au détriment de celle des parents (Huijsmans et al., 2019). Un des défis inhérents à cette période de vie concerne le développement de leur autonomie, moteur de comportements revendicateurs et délinquants (Moffitt, 2006). En effet, l'expérimentation de l'activité délinquante se fait plus à l'adolescence qu'à n'importe quel autre moment de la vie (Blumstein et al., 1988; Le Blanc, 2002; Moffitt, 1993; Moffitt & Silva, 1988; Piquero et al., 2003). Un rapport de recherche ayant établi le portrait et les trajectoires de tous les jeunes contrevenants québécois déclarés coupables d'au moins un délit entre 2005 et 2010 a identifié que 81% en étaient à leur premier délit judiciairisé et que 38,5% ont récidivé (Lafortune et al., 2015). Au Canada, ces jeunes contrevenants judiciairisés sont pris en charge par la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA).

Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents

Depuis 2003, le système de justice pour adolescents au Canada est régi par la LSJPA, qui succède à la *Loi sur les jeunes délinquants* (1908 à 1984) et la *Loi sur les jeunes contrevenants* (1984 à 2003; Gouvernement du Canada, 2013). La loi actuelle vise à protéger le public en imposant aux adolescents responsables d'un crime ou d'une infraction des mesures judiciaires proportionnelles à l'acte qu'ils ont commis et à leur degré de responsabilité. Elle vise également à favoriser leur réadaptation et leur réinsertion sociale, notamment avec l'aide de programmes et organismes communautaires (Gouvernement du Canada, 2013). Les mesures varient donc en fonction de plusieurs paramètres, dont la gravité de l'infraction, le rôle du jeune dans celle-ci ainsi que son degré de maturité.

La LSJPA prévoit que certaines mesures puissent être appliquées sans passer par une procédure judiciaire officielle. Parmi ces mesures se trouvent les sanctions extrajudiciaires, qui peuvent prendre la forme d'une amende, d'une séance de médiation avec la victime, d'un dédommagement à la victime ou de travaux communautaires (Gouvernement du Québec, 2020).

Lorsque les mesures extrajudiciaires ne sont pas suffisantes pour rendre compte de l'infraction commise, une procédure judiciaire est entreprise et une peine rendue (Gouvernement du Canada, 2013). Le juge peut ainsi ordonner une peine à purger dans la collectivité sans surveillance, une probation ou un placement accompagné d'un suivi à la sortie. Cette dernière catégorie correspond à des peines de placements se déroulant dans un milieu ouvert ou fermé, de manière continue ou discontinue. Elles comprennent une portion en centre de réadaptation et une autre en surveillance dans la communauté avec conditions, ou encore en libération conditionnelle dans les cas d'infractions plus graves comme les tentatives de meurtres, les homicides ou les agressions sexuelles graves (Gouvernement du Québec, 2016).

Le suivi des peines et la surveillance des jeunes contrevenants ainsi que la mise en œuvre des plans de réinsertion sociale sont assumés par les cliniciens désignés par le directeur provincial (délégués à la jeunesse), par le biais de programmes adaptés aux besoins de l'adolescent (Gouvernement du Québec, 2016). Ils ont notamment le mandat d'évaluer le risque de récidive des jeunes contrevenants à partir du YLS/CMI, afin de leur offrir l'intervention la plus adaptée à leur niveau de risque de récidive et leurs besoins, tel que suggéré dans le modèle d'intervention basé sur la psychologie de la conduite criminelle

et élaboré par Bonta et Andrews (2017). Une formation préalable sur l'instrument est fournie à l'embauche des délégués à la jeunesse, et des mises-à-jour leur sont présentées lorsque l'instrument, en perpétuelle évolution, est modifié, ou lorsque des balises et définitions plus précises sont ajoutées. Les délégués à la jeunesse responsables de compléter le YLS/CMI ont des parcours académiques variées. Certains ont complété un baccalauréat et une maîtrise en criminologie, d'autres détiennent un baccalauréat en travail social, une technique en éducation spécialisée, ou encore un certificat en toxicomanie. Le modèle théorique à la base des connaissances sur la délinquance des cliniciens varie donc considérablement.

Psychologie de la conduite criminelle

Andrews et Bonta, respectivement criminologue et psychologue, ont élaboré la psychologie de la conduite criminelle (1994), dans le but de mieux comprendre la variation du comportement criminel et de diminuer la récidive des contrevenants par le biais d'interventions visant leur réadaptation et réinsertion sociale. Ils soutiennent, jusque dans leur sixième et plus récent ouvrage, qu'une personne ne peut être définie par les crimes qu'elle a commis, et que son futur n'est pas garant des gestes qu'elle a posés (Bonta & Andrews, 2017). Ainsi, ils considèrent que nul n'est systématiquement violent et dangereux, et ce, peu importe la nature du crime commis. Selon leur approche, l'évaluation du risque de récidive d'une personne passe plutôt par des facteurs de risque individuel, interpersonnels, situationnels et sociaux associées au comportement criminel. Ceux-ci comprennent des facteurs de risques statiques, ne pouvant être modifiés dans le cadre d'interventions (p. ex., le passé criminel), et des facteurs de risque dynamiques, également

appelés besoins criminogènes, qui sont sujets à changement (p. ex., attitudes antisociales). Un changement au sein des besoins criminogènes est associé à la modification du comportement criminel à venir (Bonta & Andrews, 2017).

Modèle Risque-Besoins-Réceptivité

Au cœur de l'ouvrage de référence d'Andrews et Bonta (2017) se trouve le modèle d'évaluation et d'intervention Risque-Besoins-Réceptivité (modèle RBR), indiqué depuis plusieurs années comme le plus efficace dans la réduction de la récidive (Andrews et al., 1990; Dowden & Andrews, 1999; Koehler, Lösel, Akoensi, & Humphreys, 2013). Malgré son succès, le modèle RBR connaît quelques critiques de la part d'auteurs de modèles d'intervention différents. Les auteurs du *Good Lives Model*, par exemple (Ward et al., 2012; Ward & Brown, 2004), soutiennent que le modèle RBR ne conçoit la réadaptation qu'en termes négatifs, c'est-à-dire qu'il vise l'élimination de distorsions cognitives, la réduction des comportements inadaptés et le retrait de désirs problématiques, mais omet des éléments importants tels que la motivation au changement, l'alliance thérapeutique au sein du suivi et les facteurs de protection présents dans la vie du client (Ward & Brown, 2004). Ces critiques ont toutefois été réfutées par Andrews et Bonta (voir Andrews et al., 2011 et Bonta & Andrews, 2003 pour plus de détails).

Le modèle RBR est reconnu pour ses trois principes fondamentaux, soit celui du risque, celui des besoins et celui de la réceptivité. Le principe du risque stipule que l'intensité de l'intervention est fonction du niveau de risque du contrevenant (Bonta & Andrews, 2017). Plus précisément, une personne à haut risque de récidive devrait être

exposée à une plus grande intensité (fréquence et durée) et diversité de services qu'une personne à faible risque. Cette dernière devrait quant à elle être exposée à une intervention minimale, voire à aucune (Bonta & Andrews, 2017). Le contraire risquerait d'entraîner une hausse de la récidive, notamment en raison du nouveau réseau de pairs criminels pouvant être associé à un programme structuré, ainsi que la possible détention pouvant amener une coupure avec l'environnement prosocial dans lequel le délinquant se trouvait avant l'incarcération (Lowenkamp & Latessa, 2004).

Le principe des besoins criminogènes soutient quant à lui l'importance de tenir compte des besoins criminogènes identifiés à la suite de l'évaluation du risque de récidive dans l'élaboration et la mise en place de l'intervention correctionnelle (Bonta & Andrews, 2017). Ces facteurs de risque se regroupent au sein de huit grands domaines de risque, communément appelé le *Central Eight*. Ces facteurs de risque reposent sur 1) l'historique criminel, 2) les attitudes criminelles, 3) la personnalité antisociale, 4) les associations antisociales, 5) les circonstances familiales/conjugales, 6) les difficultés à l'école ou au travail, 7) la mauvaise gestion des temps libres et 8) l'abus de substances. Ils représentent, à l'exception de l'historique criminel, des facteurs de risque dynamiques directement associés aux comportements criminels (Bonta et al., 2013). Selon le modèle RBR, l'intervention diminuera le risque de récidive si elle vise en priorité les besoins criminogènes du contrevenant compris dans le *Central Eight* (Bonta & Andrews, 2017).

Finalement, le principe de réceptivité comprend deux volets, soit la réceptivité générale et spécifique. La première soutient l'importance d'utiliser des approches comportementales structurées et d'apprentissage social, car il s'agit des interventions les

plus susceptibles de réduire le risque de récidive chez un délinquant (Bonta & Andrews, 2017). Ces interventions peuvent comprendre le modelage, le renforcement, le jeu de rôle, la restructuration cognitive et l'apprentissage d'habiletés. Le principe de réceptivité spécifique stipule quant à lui que les interventions doivent être adaptées au délinquant et à ses caractéristiques individuelles (p. ex., motivation, capacités cognitives, anxiété, sensibilité interpersonnelle, etc.).

Youth Level of Service/Case Management Inventory

Du modèle RBR a découlé le YLS/CMI, un instrument standardisé permettant d'estimer le niveau de risque de récidive en évaluant le nombre de facteurs de risque de récidive présents dans la vie des jeunes contrevenants (Hoge & Andrews, 2006). Cet instrument appartient à la quatrième génération d'évaluation du risque de récidive, qui est venue bonifier les générations précédentes par l'ensemble des éléments qu'elle prend en compte (p. ex., l'agencement du niveau de risque et de l'intensité de l'intervention). Il s'agit de la stratégie d'évaluation de risque de récidive désormais mondialement privilégiée, notamment puisqu'elle permet une évaluation à partir de facteurs de risque statiques et dynamiques, une évaluation des besoins criminogènes et des éléments de réceptivité spécifique, ainsi qu'une gestion de cas du début à la fin de la prise en charge.

Le YLS/CMI comprend au total 42 facteurs de risque, regroupés en huit grands domaines (les *Central Eight*), dont l'addition classe le contrevenant, dans un premier temps, dans l'une des quatre catégories de risque (de faible à très élevé). Une seconde section, *évaluation d'autres besoins/considérations particulières*, permet d'évaluer

d'autres éléments en lien avec la famille et l'adolescent lui-même. Cette section permet de cibler des pistes d'intervention et d'adapter celles-ci en fonction des caractéristiques de la famille et du jeune (principe de réceptivité spécifique). L'instrument permet finalement au clinicien d'utiliser son jugement professionnel discrétionnaire afin d'effectuer une dérogation clinique, lui permettant de classer l'adolescent dans une catégorie plus élevée ou plus faible de risque que celle indiquée par le score global de l'instrument.

Processus décisionnels

L'utilisation de la dérogation clinique nécessite de recourir au jugement professionnel discrétionnaire (disposition organisationnelle), qui sollicite le jugement clinique (disposition cognitive), ainsi que les réactions émotionnelles des contrevenants à l'égard du contrevenant (disposition émotionnelle). Elle fait donc appel à plusieurs processus cognitifs et affectifs de l'ordre de la prise de décision, tels qu'aux heuristiques et au contre-transfert. Elle requiert de la part des cliniciens de poser un jugement clinique et de réfléchir à plusieurs aspects du contrevenant qu'ils évaluent. Comme dans toutes entrevues cliniques, chaque décision est influencée par l'environnement passé des cliniciens (leur parcours académique, leur formation professionnelle, l'historique de leurs conditions de travail), l'environnement présent (l'organisation dans lequel ils effectuent leur travail ainsi que le contexte politique, économique et social entourant la définition de leur mandat et du service qu'ils doivent rendre) et l'environnement futur (les résultats qu'ils privilégient; Gambrill, 2012). La nature des facteurs influençant les décisions cliniques s'avère donc extrêmement complexe. Elle influence la propension des cliniciens à faire appel aux raccourcis mentaux leur permettant d'arriver à une décision rapidement,

processus cognitifs nommés heuristiques (Gambrill, 2012). Ainsi, avant de s'intéresser aux éléments influençant le recours à la dérogation clinique chez les cliniciens évaluant le risque de récurrence, il importe de se pencher sur les éléments influençant les processus décisionnels en général.

Heuristiques

Le raisonnement inductif est basé principalement sur des observations tangibles lors d'événements passés et constitue un des principaux mécanismes sollicités lorsqu'un jugement est posé (Goldstein, 2014). Ce raisonnement est influencé au quotidien par des heuristiques qui mènent à ignorer certaines évidences afin de gagner du temps et d'économiser l'énergie cognitive nécessaire à l'atteinte d'une conclusion avec certitude, qui réclamerait autrement de s'arrêter pour réfléchir à toutes les informations de l'environnement (Goldstein, 2014). Toutefois, les heuristiques engendrent le risque que le jugement soit teinté de biais et ainsi, d'arriver à des conclusions erronées (Garb & Boyle, 2015; Goldstein, 2014; Ruscio, 2003; Tversky & Kahneman, 1973). Dans l'évaluation du risque de récurrence, le jugement des cliniciens s'avère nécessairement influencé par différents heuristiques pour être en mesure d'évaluer et d'intervenir auprès de la totalité des jeunes constituant leur charge de cas. Autrement, le temps que leur demanderait de prendre en compte toutes les informations disponibles afin d'évaluer avec plus de certitude les décisions qu'ils prennent limiterait grandement leur travail. Ainsi, lorsqu'ils font appel à leur jugement clinique afin d'effectuer une dérogation clinique, ils peuvent être influencés par différents heuristiques. Les principaux, à la base de la théorie des heuristiques et des

biais élaborée par Tversky et Kahneman (1973) sur les processus de jugement, sont l'heuristique de disponibilité et celui de représentativité.

Heuristique de disponibilité. L'heuristique de disponibilité représente la tendance à juger plus probables les événements facilement remémorés et accessibles à la conscience (Goldstein, 2014). Puisque la mémoire est sélective, elle filtre les informations qui lui sont accessibles en fonction des préconceptions et théories préconisées. Ces dernières influencent particulièrement le jugement envers autrui, la réflexion à l'égard de la problématique du client et des résolutions, ainsi que les interactions avec ce dernier, le tout de façon inconsciente (Gambrill, 2012). Pour illustrer ce phénomène, l'étude de Rosenthal & Jacobson (1968) suggère que les enseignants ayant de plus grandes attentes envers certains étudiants leur porteront plus d'attention, influençant positivement le développement de leur potentiel intellectuel. Les préconceptions d'une personne auraient ainsi non seulement un impact sur sa relation avec autrui, mais également sur le comportement et le développement de ce dernier.

Dans l'évaluation du risque de récidive, le clinicien qui utilise la dérogation clinique doit nécessairement poser un jugement sur le jeune contrevenant qu'il évalue, sollicitant notamment l'heuristique de disponibilité. Il s'avère ainsi influencé par ses propres préconceptions et théories, prenant racines dans diverses expériences passées. Les biais cognitifs qui peuvent découler de l'heuristique de disponibilité et entraîner des erreurs systématiques sont nombreux (Garb & Boyle, 2015). Parmi ceux-ci, le biais de confirmation, qui représente la tendance à chercher des informations concordant avec les hypothèses initiales et à ignorer ou rejeter celles qui y vont à l'encontre, en est un important

(Nickerson, 1998). Particulièrement observé dans le domaine des investigations et accusations criminelles chez les juges et policiers (Lidén et al., 2018; Rassin, 2020; Wallace, 2016), il semble également présent chez les cliniciens évaluant le risque de récidive (Kamorowski et al., 2020). L'heuristique de disponibilité peut également entraîner un biais de vivacité, représentant la tendance inconsciente à se remémorer plus facilement et à accorder plus de poids aux données concrètes et saillantes (Gambrill, 2012). La saillance d'une information, déterminée par les dispositions émotionnelles individuelles, s'avère souvent trompeuse et peut engendrer des erreurs (Goldie, 2008).

Heuristique de représentativité. L'heuristique de représentativité représente quant à lui la tendance à poser un jugement basé sur la ressemblance entre deux événements (Goldstein, 2014). Il s'agit d'une association cognitive automatique de différents éléments, qui se produit principalement de façon inconsciente (Gambrill, 2012). Cet heuristique contribue à l'entretien de stéréotypes à l'égard de certaines communautés et groupes de personnes, amenant à croire que ce groupe est plus homogène qu'il ne l'est en réalité (Holland et al., 1986). Dans l'évaluation du risque de récidive, des stéréotypes à l'égard des personnes issues de minorités peuvent influencer leur parcours judiciaire (Chappell et al., 2013; Irwin & Real, 2010; James, s. d.; Rachlinski et al., 2009). À titre d'exemple, les personnes noires peuvent être perçues comme délinquantes, dangereuses et inaptes à bénéficier de l'intervention (Leiber & Fox, 2005).

Un autre biais associé à l'heuristique de représentativité repose sur la corrélation illusoire, qui consiste à croire qu'une forte corrélation existe entre deux caractéristiques ou événements, alors qu'en réalité la corrélation est beaucoup plus faible ou inexistante

(Goldstein, 2014). Dans le domaine de l'évaluation de la dangerosité, la corrélation illusoire prend souvent place entre les troubles mentaux graves et la criminalité (Guay, 2006), alors qu'en réalité, le lien est beaucoup plus complexe (Dubreucq et al., 2005). L'heuristique de représentativité peut également amener le clinicien à omettre le taux de base de la situation (Goldstein, 2014), comme la proportion réelle de récidive violente (Guay, 2006), et ainsi contribuer à entretenir de stéréotypes.

Contre-transfert

Alors que les processus décisionnels peuvent, en général, être influencés par divers biais et heuristiques, ceux des cliniciens peuvent particulièrement être influencés par divers aspects affectifs de la relation qu'ils entretiennent avec leur client. Le contre-transfert, dans sa définition classique, représente les réactions inconscientes d'un analyste à l'égard de son client, et plus particulièrement du transfert de celui-ci (Rosenberger & Hayes, 2002). Ce n'est que dans la relation thérapeutique que peut se vivre un transfert classique, c'est-à-dire dans laquelle les prototypes infantiles du patient sont rejoués (Laplanche & Pontalis, 1997). Nous nous intéresserons donc ici à une définition plus globale, pouvant s'appliquer à tout professionnel. La définition plus générale du contre-transfert représente, quant à elle, les réactions inconscientes (émotions, pensées et comportements) du clinicien à l'égard du client (p.ex., symptômes, histoire de vie, façon d'entrer en relation, personnalité; Gordon & Kirtchuk, 2008). Il s'agit d'un phénomène universel tant affectif que cognitif, influençant les processus réflexifs des cliniciens devant poser un jugement sur le jeune contrevenant qu'ils évaluent.

Processus décisionnels au sein de l'évaluation standardisée

Malgré les différents biais possibles découlant de la prise de décision (Goldstein, 2014; Guay, 2006), l'approche holistique suggère que les processus impliqués dans le jugement clinique sont en mesure de s'adapter à un large champ d'informations et en permettent une intégration plus sophistiquée que ne le pourrait un instrument standardisé (Ruscio, 2003). Ceux qui soutiennent cette approche sont d'avis que la standardisation dans l'évaluation ne prend pas en compte plusieurs éléments tels que l'environnement changeant, les facteurs de protection et les caractéristiques individuelles (Childs et al., 2013). Selon ces derniers, le jugement clinique serait nécessaire pour évaluer adéquatement le risque de récidive, permettant de faire preuve de sensibilité clinique envers la personne évaluée (Ægisdóttir et al., 2006).

Inversement, ceux qui se rangent du côté de l'instrument standardisé considèrent qu'il inclut tous les éléments nécessaires à une évaluation valide du risque (Wormith et al., 2012) et qu'il représente une méthode objective d'évaluation, non teintée par des facteurs contingents (p. ex., des influences sociales et politiques; Guay, 2006). Des méta-analyses comparant la validité prédictive des instruments actuariels (soit l'addition de facteurs de risque à l'aide d'un instrument standardisé) avec celles basées sur le jugement clinique, ont démontré que les prédictions basées sur des méthodes d'évaluation structurées s'avèrent plus exactes que celles basées sur le jugement clinique (Ægisdóttir et al., 2006; Grove et al., 2000).

Le YLS/MCI, dans une tentative de rallier les deux positions, se base sur le principe que les facteurs de risque de récidive visés au cœur du *Central Eight* ne représentent pas les seuls facteurs à considérer lors de l'évaluation (Andrews et al., 2011). Ainsi, l'instrument permet au clinicien d'utiliser son jugement professionnel pour modifier le niveau de risque du contrevenant en effectuant une dérogation clinique, s'il juge qu'un facteur de risque non considéré par l'instrument représente un facteur de risque majeur pour le contrevenant évalué (Andrews et al., 2011). Les auteurs du YLS/CMI précisent toutefois que cette pratique ne devrait être utilisée que dans des circonstances exceptionnelles, au plus dans le dixième des évaluations (Andrews et al., 2004), étant donné son effet délétère sur la validité prédictive de l'instrument (Guay & Parent, 2018). À notre connaissance, aucun effet favorable de la dérogation clinique n'a été soutenu par la littérature. Cette pratique permettrait en contrepartie de faire preuve d'une plus grande sensibilité clinique (Ægisdóttir et al., 2006), dans la prise en considération de divers facteurs exclus par l'instrument.

Motifs de recours à la dérogation clinique

Les études portant sur les motifs de recours à la dérogation clinique (Guay & Parent, 2018; Miller & Maloney, 2013; Nugent & Zamble, 2001; Storey et al., 2012)⁷ ont principalement été réalisées auprès d'une population adulte utilisant le *Level of Service/Case Management Inventory* (LS/CMI; Andrews et al., 2004). Une des raisons principales de cette pratique reposerait sur la plus grande confiance accordée par les cliniciens à leur propre jugement qu'aux résultats de l'instrument (Bonta & Andrews, 2017; Chua et al., 2014; Gambrill, 2012; Miller & Maloney, 2013; Viglione, 2019). Les cliniciens

auraient en général particulièrement tendance à faire appel à leur expérience pour prendre des décisions (Gambrill, 2012), accordant une plus grande importance à l'aspect subjectif de l'évaluation qu'aux résultats provenant de la recherche (Krysik & LeCroy, 2002; Wade & Baker, 1977). Les données probantes suggéreraient toutefois que l'expérience clinique ne serait pas un gage d'une plus grande précision clinique. La méta-analyse effectuée par Garb et Boyle (2015) sur la validité des prédictions basées sur l'expérience clinique suggère que les prédictions cliniques des cliniciens expérimentés ne sont pas plus exactes que celles des cliniciens novices. Dans certaines situations, les prédictions cliniques de ces derniers seraient même plus justes.

Le contexte organisationnel dans lequel les cliniciens effectuent leur travail peut également les amener à accorder plus de poids à leur jugement clinique (Miller & Maloney, 2013). En effet, l'organisation peut affecter la crédibilité de l'instrument aux yeux des cliniciens, en offrant peu de soutien dans la mise en pratique, pourtant obligatoire, de l'instrument. De plus, la formation au sein des organisations pourrait être lacunaire (Miller & Maloney, 2013; Shook & Sarri, 2007), ce qui empêche les évaluateurs de comprendre le résultat fourni par celui-ci (Krysik & LeCroy, 2002), son but et ses concepts (Viglione et al., 2015).

Facteurs liés à la dérogation clinique

L'utilisation de la dérogation clinique pourrait ainsi être exacerbée par un manque de confiance des cliniciens à l'égard de l'instrument (Miller & Maloney, 2013), pouvant expliquer qu'il s'agisse d'une pratique aussi répandue dans les établissements carcéraux et

de réadaptation. Toutefois, cela nous en dit peu sur les situations précises où la dérogation clinique est utilisée.

Dans un premier temps, différentes caractéristiques démographiques des jeunes contrevenants seraient liées à l'utilisation de la dérogation clinique. L'âge, l'origine ethnoculturelle et le sexe de la personne évaluée influenceraient les décisions des cliniciens à leur sujet (Chappell et al., 2013; Johnson, 2005). Plus précisément, les évaluations des contrevenants plus âgés auraient davantage tendance à faire l'objet d'une dérogation clinique à la hausse (c.-à.-d., recevoir une mesure de placement plus sévère) lors des décisions prises par les cliniciens (Chappell et al., 2013), au contraire des femmes, qui auraient tendance à recevoir des sentences plus clémentes (Johnson, 2005). Les jeunes d'origine afro-américaine auraient quant à eux moins de chance de faire l'objet d'une dérogation clinique à la baisse (Johnson, 2005). Ces résultats soutiennent la théorie de la menace symbolique, forme d'heuristique de représentativité, qui suggère que certains stéréotypes liés aux caractéristiques sociodémographiques du jeune contrevenant (origine ethnique, âge, sexe) influencent la perception du clinicien à l'égard du jeune (Leiber & Fox, 2005).

Dans un deuxième temps, les cliniciens seraient influencés par les paramètres de la carrière criminelle du contrevenant lorsqu'ils recourent à la dérogation clinique. Débutant au moment du premier crime et prenant fin lors de son dernier, la carrière criminelle englobe une diversité de caractéristiques décrivant l'activité criminelle du contrevenant, notamment en ce qui a trait à la précocité (âge du premier crime), le types de crimes commis, la fréquence, la variété (polymorphisme) et la gravité de ces derniers (Blumstein

et al., 1988; Piquero et al., 2003). Nugent et Zamble (2001) décrivent dans leur étude divers paramètres de la carrière criminelle pouvant influencer les décisions relatives aux contrevenants. Ils soulignent notamment que ceux condamnés pour un crime sexuel et ayant commis davantage de crimes graves et violents ont tendance à être maintenus en incarcération. Alors que le YLS/CMI représente un instrument d'évaluation du risque de récidive générique, utilisé pour tout type de crime, d'autres instruments ont quant à eux été conçus pour évaluer le risque de récidive d'auteurs de crimes spécifiques, sans possibilité de dérogation clinique, tels que la violence conjugale et l'agression sexuelle (respectivement *Spousal Assault Risk Assessment guide*; Helmus & Bourgon, 2011 et *Static-99* ; Hanson, 2005). À la lumière de ces outils, certains cliniciens considèrent donc que le YLS/CMI ne prendrait pas en compte certains aspects des contrevenants, notamment des auteurs d'infractions à caractère sexuel (p. ex., les intérêts sexuels déviants; Hanson & Bussière, 1998), dont le profil est généralement considéré comme atypique (Wormith et al., 2012). Le type de crime semble donc représenter un facteur justifiant le recours à la dérogation clinique.

Dans un troisième temps, l'utilisation de la dérogation clinique serait également liée à des éléments déjà évalués par l'instrument, tels que les scores à certains domaines de risque et aux autres besoins et considérations du LS/CMI (Guay & Parent, 2018). Les résultats obtenus dans l'étude de Wormith et al. (2012) auprès d'une clientèle adulte suggèrent que la totalité des scores aux différents domaines de risque du LS/CMI est liée au recours à la dérogation clinique, mais dépend du crime commis (p. ex., le score au domaine historique criminel est lié à l'utilisation de la dérogation clinique pour les

contrevenants ayant commis un crime sexuel, mais pas pour ceux ayant commis un crime non-sexuel). De plus, tant l'étude de Guay et Parent (2018) et que celle de Wormith et al. (2012) suggèrent que d'autres besoins et considérations évalués par le LS/CMI influencent le recours à la dérogation clinique, tels que les problèmes personnels, l'expérience en prison, les problèmes sociaux et de santé physique et mentale, la réceptivité ainsi que l'historique de perpétration.

Les facteurs venant jouer un rôle dans l'utilisation de la dérogation clinique par les cliniciens ont donc suscité l'intérêt de plusieurs chercheurs au cours des dernières années (Schmidt et al., 2015; Viglione et al., 2015; Wormith et al., 2012). Leurs études comportent toutefois certaines limites, auxquelles il serait pertinent de répondre afin d'obtenir un portrait plus représentatif des éléments influençant le processus décisionnels des cliniciens, et d'offrir l'intervention la plus optimale aux jeunes contrevenants en fonction de leur niveau de risque. Alors que la plupart des études précédentes ont été réalisées auprès d'une population adulte (Guay & Parent, 2018; Nugent & Zamble, 2001; Storey et al., 2012; Viglione et al., 2015; Wormith et al., 2012) et auprès d'une population avec une problématique particulière comme la délinquance sexuelle (Wormith et al., 2012), une seule étude à notre connaissance a été effectuée auprès d'adolescents (Schmidt et al., 2015). Par ailleurs, aucune ne semble avoir évalué les facteurs accessibles au clinicien dès sa première rencontre avec le jeune pouvant avoir un impact sur l'utilisation de la dérogation clinique, en s'intéressant à la fois aux caractéristiques sociodémographiques des contrevenants, aux paramètres de leur carrière criminelle et aux résultats provenant du YLS/CMI.

Organisation du mémoire doctoral

Ce mémoire doctoral a pour objectif d'évaluer différents éléments pouvant influencer l'utilisation de la dérogation clinique lors de la première évaluation du risque de récidive chez les jeunes contrevenants. Considérant que le nombre de YLS/CMI contenu au dossier varie grandement d'un jeune à un autre, le premier YLS/CMI a été priorisé afin d'obtenir non seulement un aperçu des facteurs potentiels qui entrent en jeu dès la première rencontre du clinicien avec le jeune (stéréotypes, préconceptions, biais), mais également un niveau de connaissance uniforme du jeune évalué de la part des cliniciens, au moment que la relation n'est pas encore établie. En effet, un clinicien ayant complété, par exemple, une dizaine de YLS/CMI pour un jeune contrevenant soumis à une peine plus longue connaîtra davantage le jeune et sera influencé par des facteurs différents de celui qui n'évalue le jeune qu'une seule fois. Les YLS/CMI des jeunes contrevenants compris dans cette étude ont donc été tous complétés par des cliniciens ne connaissant les jeunes que depuis quelques semaines, soit depuis le début de l'évaluation. Il sera question, dans ce mémoire doctoral, d'évaluer l'impact de divers facteurs sur le recours à la dérogation clinique, tout en contrôlant pour la version de l'instrument utilisée : 1) les caractéristiques sociodémographiques des jeunes contrevenants (sexe, âge au moment du premier YLS/CMI, origine ethnoculturelle), 2) les paramètres de la carrière criminelle des jeunes contrevenants (précocité, nombre total d'antécédents, type des crimes, gravité des crimes, polymorphisme et sévérité maximale des sanctions reçues) et 3) les résultats provenant du YLS/CMI (scores aux domaines de risque, score total, niveau de risque, nombre d'autres besoins et considérations). Le changement de version du YLS/CMI (passant de la version

1 à la version 2), a amené principalement des changements dans la mise en page de l'instrument, mais a également été accompagné d'une formation détaillant la façon de coter certains facteurs de risque, et de l'instauration de nouvelles mesures institutionnelles visant à diminuer l'utilisation de la dérogation clinique.

Afin de répondre à cet objectif, l'article intitulé *Use of Clinical Override in the Assessment of Young Offenders' Risk of Recidivism* et soumis à la revue *Criminal Justice and Behaviour* en juin 2020 sera présenté dans la prochaine section. Une conclusion comprenant des hypothèses explicatives aux résultats, des implications pour la pratique ainsi que des pistes de recherche futures, sera formulée à la suite de l'article.

**Article : Use of Clinical Override in the Assessment of Young Offenders' Risk of
Recidivism**

Use of Clinical Override in the Assessment of Young Offenders' Risk of Recidivism

Marie-Pier Bilodeau, doctoral candidate in psychology at the Université de Sherbrooke

Geneviève Parent, professor in the department of psychoeducation and psychology at Université du Québec en Outaouais and researcher at Institut universitaire jeunes en difficulté, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Ile-de-Montréal

Catherine Laurier, assistant professor in the department of psychoeducation at Université de Sherbrooke, researcher at Institut universitaire jeunes en difficulté, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Ile-de-Montréal and researcher at Groupe de recherche et d'intervention sur les adaptations sociales de l'enfance (GRISE) at Université de Sherbrooke

Authors' note:

The authors would like to acknowledge the financial support of Institut universitaire Jeunes en difficulté (IUJD) in the writing of this article.

Abstract

This study examines various factors that may influence clinicians' decision-making process when using clinical override in the assessment of young offenders' risk of recidivism with the Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI). The sample includes 584 youths with at least one closed file who were assessed at least once using the YLS/CMI. Bivariate statistical analyses and logistic regression revealed the influence of the youth's gender, the maximum severity of sanctions received, and the youth's score in the social attitudes and orientation domain as factors influencing the use of clinical override. These findings suggest, among other things, the presence of emotional responsiveness among clinicians when assessing young offenders' risk of recidivism. Our study thus offers interesting training opportunities for institutions using the YLS/CMI. It may serve as a starting point to inform future research in order to further explore the elements that play a role in the clinicians' decision-making process.

Key words: Young offenders, clinical override, recidivism risk assessment, YLS/CMI

Many organizations working with young offenders use the Youth Level of Service/Case Management Inventory to estimate their risk of recidivism (YLS/CMI; Anderson et al., 2016; Andrews et al., 2004; Chu et al., 2014; Latessa et al., 2016; Schmidt et al., 2015). It is a standardized instrument whose psychometric properties have been widely studied and supported by various studies (Catchpole & Gretton, 2003; Olver, Stockdale, & Wormith, 2009; Schmidt, Hoge, & Gomes, 2005). It assesses the presence or absence of 42 risk factors in youth between the ages of 12 and 20. These risk factors are grouped into eight broad sections (i.e. Central Eight, Bonta & Andrews, 2017). Young offenders are thus classified into one of four risk categories (low, moderate, high or very high risk). Clinicians then assess other needs and special considerations related to the family, and then those related to the adolescent. This section helps to identify possible courses of action adapted to the characteristics of the youths and their families. The instrument allows clinicians, in exceptional cases, to use their discretionary professional judgment to classify the adolescent in a higher or lower risk category than the level determined by the instrument, a practice known as clinical override. In this way, clinicians' clinical judgment, i.e., their knowledge and experience, allows them to determine whether to change the instrument score or not.

Use of clinical override affects the predictive value of the tool (Chappell et al., 2013; Guay & Parent, 2018; Schmidt et al., 2015; Storey et al., 2012; Wormith et al., 2015), that is, the ability to discriminate fairly and accurately between young offenders who will reoffend and those who will not. One of the reasons for this decrease in performance may be the significant difficulty clinicians have in learning from clinical experience, given the presence of biases, heuristics and mnemonic processes (e.g., confirmation bias causing clinicians to pay attention only to details consistent with their previously formed viewpoint; Garb & Boyle, 2015). Thus, various factors can influence the use of clinical override. Among these are the socio-demographic characteristics of

offenders (Chappell et al., 2013), the parameters of their criminal careers (Nugent & Zamble, 2001), which include participation, frequency, polymorphism, seriousness of offences (Blumstein et al., 1988; Piquero et al., 2003) and the results of the recidivism risk assessment (Guay & Parent, 2018). These elements can elicit different reactions from clinicians and thus influence how they think about the danger posed by the person they are assessing (Chappell et al., 2013; Guay & Parent, 2018; Nugent & Zamble, 2001). Therefore, it is important to address issues that may affect clinicians' decision-making in order to accurately assess and intervene with young offenders in an optimal manner.

Evidence-Based Practices with Young Offenders

Methods of assessing recidivism risk have evolved significantly over the years through four generations (Bonta & Andrews, 2007). The first, based exclusively on the clinician's clinical judgment, preceded the assessment based on mainly static risk factors, such as age or criminal history, in an effort to standardize the assessment of criminal dangerousness (Bonta & Andrews, 2007). Meta-analyses comparing the predictive validity of actuarial instruments with those based on clinical judgment show that statistical predictions are more accurate than those based on clinical judgment (Ægisdóttir et al., 2006; Grove et al., 2000).

The third generation includes dynamic risk factors that can be modified through interventions aimed at reducing the risk of recidivism, such as substance use problems or negative attitudes towards authority (Guay, 2006). Finally, fourth-generation instruments, which take into account both static and dynamic risk factors, also enable the personal characteristics of the offender to be assessed in order to adapt interventions (i.e., anxiety, verbal intelligence, cognitive maturity, personal sensitivity; Bonta & Andrews, 2007). Although assessments based on the first three generations are still in use, more and more countries are now turning to fourth generation methods.

These assessment methods have evolved in parallel with the Risk-Need-Responsivity intervention model (RNR model; Bonta & Andrews, 2017).

The RNR model is considered by many to be the most effective in reducing the risk of recidivism (Andrews et al., 1990; Dowden & Andrews, 1999; Koehler, Lösel, Akoensi, & Humphreys, 2013), even if this model does not meet with unanimous approval (see the *Good Lives Models*; Andrews et al., 2011; Ward et al., 2012). Its intervention philosophy is mainly based on three central principles (Andrews et al., 2011; Bonta & Andrews, 2017): risk principle (the intensity of intervention is based on the offender's level of risk), criminogenic needs principle (interventions should target the offender's criminogenic needs as a priority in order to reduce the risk of recidivism), and responsivity principle (interventions should be based on cognitive-behavioural approaches tailored to offenders and their individual characteristics).

Clinical Judgment and Standardized Assessment

The RNR model suggests that the risk factors at the core of the Central Eight are not the only risk factors for recidivism to be considered in the assessment (Andrews et al., 2011). Thus, during an assessment using a standardized instrument, clinicians may modify the offender's risk level if they take into account a risk factor not considered by the instrument to be a major risk factor for the offender being assessed (Andrews et al., 2011). The RNR model therefore reconciles two opposing positions: the exclusive use of actuarial prediction and the exclusive use of clinical judgment. On the one hand, some are of the opinion that the processes involved in clinical judgment are able to adapt to a wide range of information and allow for a more sophisticated integration than a standardized instrument could do (Childs et al., 2013; Ruscio, 2003). Others are rather of the opinion that the standardized instrument represents an objective method of evaluation,

not tainted by contingent factors (e.g., social and political influences; Guay, 2006), including all the elements necessary for a valid risk assessment (Wormith et al., 2012).

The YLS/CMI, which is derived from the RNR model, is based on actuarial predictions, and also allows the clinician to use clinical judgment in exercising a clinical override. This practice should be used, at most, in no more than one tenth of all evaluations (Andrews et al., 2004), since it would lead to a decrease in the predictive validity of the instrument (Chappell et al., 2013; Guay & Parent, 2018; Schmidt et al., 2015; Storey et al., 2012; Wormith et al., 2015). However, the rate of use of clinical override varies between 2% and 74% from one organization to another (Ansbro, 2010; Gore, 2007; Guay & Parent, 2018; Schmidt et al., 2015; Viglione et al., 2015).

A few studies, mainly with adult offenders using the *Level of Service/Case Management Inventory* (LS/CMI; Andrews et al., 2004), examined the reasons why clinicians assessing the risk of recidivism in offenders use clinical override (Miller & Maloney, 2013; Nugent & Zamble, 2001; Guay & Parent 2018; Storey et al., 2012). Among these reasons is the lack of training on the instrument (Miller & Maloney, 2013; Shook & Sarri, 2007), that prevents the assessors from understanding the results (Krysiak & LeCroy, 2002), objectives and concepts (Viglione et al., 2015). In addition, some do not have confidence in the instrument and its results (Viglione et al., 2015), perceiving it as a substitute for their clinical judgment (Bonta & Andrews, 2017; Chua et al., 2014), which they consider to be more reliable than the instrument (Krysiak & LeCroy, 2002). Garb and Boyle's (2015) meta-analysis of the validity of predictions based on clinical experience suggests that clinicians perform similarly whether they are experienced or novice, and even that novices sometimes perform better. These results suggest that experience does not sharpen clinical judgment, contrary to the beliefs of clinicians who may lack confidence in the instrument. Their

doubts about its ability to assess the offender's risk of recidivism lead them to make greater use of clinical override.

Elements related to the use of clinical override include the demographic characteristics of young offenders. Chappell and colleagues (2013) suggest that clinicians' decision-making could be influenced by the age and ethno-cultural background of the individual being assessed. Specifically, clinicians would be less likely to use clinical override to decrease the level of risk provided by the assessment of older adolescents of african-american origin. These results support the symbolic threat theory, which suggests that certain stereotypes related to the young offender's socio-demographic characteristics (e.g. ethnicity, age, gender) influence the clinician's perception of the young offender (Leiber & Fox, 2005). Johnson (2005) also identified the gender of the offender as a factor influencing clinicians' decisions to override the recommendations of the guidelines provided when deciding on the sentence to be imposed on offenders. Female offenders are more likely to receive more lenient sentences.

Clinicians may also use clinical override for reasons related to the parameters of the offender's criminal career. The YLS/CMI is considered a generic instrument used for all types of crimes (e.g. assault, sexual assault, theft, mischief), as compared to specific instruments that assess the risk of recidivism for offenders who have committed a particular crime, such as spousal violence (see *Spousal Assault Risk Assessment Guide*; Helmus & Bourgon, 2011) or sexual assault (see *Static-99*; Hanson & Thornton, 2000). Thus, clinicians consider the YLS/CMI to underestimate aspects of the offender (Hanson & Bussière, 1998), such as several aspects of the criminal profile of sexual assault offenders, which are generally considered to be atypical (Wormith et al., 2012). Indeed, sexual deviance is not considered in the overall risk factor assessment of the YLS/CMI (Hanson & Bussière, 1998).

Finally, clinicians' lack of confidence in the instrument may lead them to believe that various elements external to the instrument must be taken into account, or that elements already evaluated must be considered more important (Schmidt et al., 2015). These include scores in certain risk domains and other needs and considerations, which could also influence a clinician's use of clinical override (Guay & Parent, 2018).

Our Study

In order to combine standardized assessment and clinical judgment in the day-to-day practice of clinicians, it is important to be aware of the elements that play a role in their decision-making process when assessing young offenders' risk of recidivism. Studies that have examined the various factors associated with the use of clinical override have several limitations with respect to the generalizability of the results to young offenders and the items studied. First, they were conducted primarily with an adult population (Guay & Parent, 2018; Nugent & Zamble, 2001; Storey et al., 2012; Viglione et al., 2015; Wormith et al., 2012) or with a population presenting a particular problem such as sexual delinquency (Wormith et al., 2012). Second, we are not aware of any studies that have examined both the socio-demographic characteristics of offenders, the parameters of their criminal careers, and the outcomes from the YLS/CMI. Only one study looked at the socio-demographic characteristics of offenders, controlling for a limited number of parameters of their criminal career, including the types of crime, omitting their seriousness and frequency (Chappell et al., 2013). In addition, only one study looked more comprehensively at the influence of criminal career parameters on professional decision-making with adult offenders, but this study focused on decisions regarding detention rather than assessment of recidivism risk (Nugent & Zamble, 2001). Assessing the socio-demographic characteristics of young offenders, the parameters of their criminal career and the YLS/CMI results could provide a more

representative picture of the elements available to the clinician as of the first meeting with the young offender being assessed.

The main objective of this research is therefore to evaluate different elements that may influence clinicians' decision-making process when using clinical override in assessing the risk of recidivism in young offenders. Specifically, the focus will be on assessing the impact of (1) the socio-demographic characteristics of young offenders (gender, age at first YLS/CMI, ethno-cultural background), (2) the parameters of young offenders' criminal careers (precociousness, total number of priors and by type of crime, seriousness of crime, polymorphism and maximum severity of sanctions received), and 3) results from the YLS/CMI (risk domain scores, total score, level of risk, number of other needs and considerations), on the use of clinical override, while controlling for the version of the instrument used.

Methodology

Participants

The sample was created from all young offenders who had at least one record closed under the *Youth Criminal Justice Act* (YCJA) between January 1, 2014, and December 31, 2016, in a Quebec organization responsible for monitoring sentences. Of the 2,042 young offenders, 1,978 files were accessible. Of these, 750 had been assessed at least once using the YLS/CMI. In order to take into account potential stereotypes that could influence the clinician's assessment, as proposed by Chappell et al (2013) and by symbolic threat theory (Leiber & Fox, 2005), the first YLS/CMI on file was used. Of these 750 participants, 158 were excluded because their YLS/CMI was incomplete. Seven other participants were also excluded on the basis of their age (> 20 years)

at the time of the evaluation². Therefore, the final sample consisted of 584 young offenders between the ages of 12 and 20 at the time of the YLS/CMI assessment. The majority are male (85.4%) and belong to a visible minority (59.8%). They were 16.5 years old on average at the first YLS/CMI (SD = 1.43).

Data Sources and Measures

The data were obtained from two sources: the archived paper files of young offenders and the *Projet Intégration Jeunesse* (PIJ) computer system used in all Quebec organizations responsible for monitoring the sentences of young offenders.

Socio-demographic characteristics

The gender (male/female) and ethno-cultural background of participants were extracted from the PIJ computer system. Ethno-cultural origin, based mainly on the language used and the country of birth of the youth and their parents, indicates whether they are of Caucasian origin or are members of a visible minority. Age was calculated from the youth's date of birth and the date of completion of the first YLS/CMI, both extracted from the PIJ computer system.

Criminal career parameters

Criminal career parameter measures were also collected from the PIJ computer system. Age at first crime (precocity) corresponds to age at first crime prosecuted. The type of crime has been divided into five categories: 1) nonsexual violent crimes (e.g., homicides, assaults), 2) violent sexual crimes (e.g., sexual assault), 3) property crimes (e.g., break and enter, theft, fraud), 4) crimes related to drugs and other substances (e.g., possession, trafficking, production of drugs);

² Adults who committed a crime as a youth are tracked under the YCJA (*Youth Criminal Justice Act*, L.C. 2002, ch. 1). Ajout au mémoire doctoral: Il s'agit, en français, de la LSJPA.

and 5) other crimes and offences (e.g., violation of orders and breach of conditions, public order offences). The number of priors was calculated for each type of crime and for the total number of crimes. The polymorphism measure is based on the number of different categories in which the young offender committed at least one crime.

The total severity of crimes is a sum of the severity indices attributed to each prior criminal record. The Crime Severity Index, developed by Statistics Canada in consultation with many Canadian agencies, is a measure based on Canadian court decisions (Statistique Canada, 2009). It thus represents a measure of crime that is no longer based on the relative perception of the seriousness of crime, as previously studied using survey data (Akman et al., 1967), but on sentences handed down by Canadian courts between 2002 and 2007.

The maximum severity of the sanctions received is the most severe sanction the youth received prior to the current recidivism risk assessment. The youth may have received five types of measures, in ascending order of severity: 1) no measure, 2) extrajudicial sanctions (e.g., community service), 3) unsupervised community sentence, 4) community sentence with supervision (or probation), or 5) placement (open, continuous or discontinuous, or closed) with supervision in the community at release.

YLS/CMI

In its first section, the instrument assesses eight major domains of risk based on 42 dichotomous (present/absent) items: Previous and Current Offences/Decisions (five items), Family Circumstances/Parenting (six items), Education/Employment (seven items), Peer Relations (four items), Substance Abuse (five items), Leisure Activities (three items), Personality/Behaviour (seven items), and Attitudes/Orientation (five items). Each item represents a risk factor for

recidivism. The score for each risk domain is calculated from the sum of the risk factors present in the youth's life. In its second section, the total score is calculated from the sum of the items in each domain, and is then transposed into one of four risk levels: low (0-8), moderate (9-26), high (27-34) and very high (35-42). The third section assesses other needs and special considerations dichotomously (present/absent) in relation to family/parents (11 items) and the adolescent (27 items). The fourth section allows clinicians to change the level of risk proposed by the instrument using clinical override if they deem it appropriate, explaining the reason behind the new risk assessment. The fifth section is used to identify the level of supervision required for the youth based on the final risk level. Finally, the sixth section identifies the order of priority of criminogenic and other special needs and considerations in order to plan the intervention in terms of targets and time. The validity and reliability of the instrument has been extensively demonstrated (Catchpole & Gretton, 2003; Olver et al., 2009; Schmidt et al., 2015). The interrater reliability of each subscale tends to be .70 or higher (Schmidt et al., 2005), and .80 for the total score (Catchpole & Gretton, 2003).

Between January 1, 2014, and December 31, 2016, the organization where participants are tracked moved from Version 1 to Version 2 of the YLS/CMI. The instrument underwent changes mainly in its layout, but also in the calculation of the different levels of risk. This second version of the instrument now requires clinicians to indicate the gender of the young offender and whether the young offender is in custody. When serving a sentence in the community, a male requires a higher total score to reach a level of risk (e.g., males require a risk score between 22 and 31 to be in the high-risk category, while females only require a score between 20 and 28). For many practitioners, this change was accompanied by training that provided further guidance on how to rate certain risk factors and on new institutional measures to reduce the use of clinical override.

Analytical Strategy

Descriptive analyses were used to establish a portrait of the variables studied. Bivariate statistical analyses (t-tests and chi-square tests) were used to identify variables significantly associated with the use of clinical override. Subsequently, logistic regression analysis was performed with the variables statistically associated with clinical override in the bivariate analyses, while controlling for the version of the tool used. An alpha level of .05 was used for all statistical tests.

Results

Descriptive statistics are presented in Table 1. Of the 584 YLS/CMIs included in the study, clinical override was used in 32.2% ($n = 188$). In 88.8% ($n = 167$) of the cases, the use of clinical override was used to increase the level of risk of recidivism of the youth evaluated. Prior to the first YLS/CMI, youths committed an average of 7.9 crimes ($SD = 7.6$) for an average total seriousness of 871.6 ($SD = 871.0$). Young offenders committed an average of 2.65 violent crimes ($SD = 2.93$), 1.92 property crimes ($SD = 3.42$), 0.32 violent sexual crimes ($SD = 2.93$) and 2.73 other Criminal Code offences ($SD = 4.07$). More than half of the young offenders committed two (33.7%) or three (33.4%) different types of crimes among the five types mentioned above. The most severe sanction received prior to the first YLS/CMI was probation for the majority (57.2%). Approximately 2/3 of the youths assessed were at moderate risk (64.7%) and 3.84 ($SD = 3.58$) other needs and special considerations were assessed on average among the youth.

Factors Associated With Clinical Override

The bivariate analyses presented in Table 2 indicate that the version of the instrument is associated with the use of clinical override ($\chi^2 = 28.37, p > .001$). Specifically, a greater proportion

of Version 1 YLS/CMI were clinically overridden (36.9%) than Version 2 (9.8%). Only one young offender socio-demographic variable, gender ($\chi^2 = 14.89, p > .001$), was statistically

Table 1

Descriptive statistics on socio-demographic characteristics, criminal career parameters, totals and use of clinical override

	Average (<i>SD</i>) or %	Median	Min-max
Clinical override (%)	32.20	-	-
Version			
Version 1 (%)	82.50	-	-
Version 2 (%)	17.50	-	-
Socio-demographic characteristics			
Age at first YLS/CMI	16.74 (1.43)	17	12-20
Gender			
Male (%)	85.40	-	-
Female (%)	14.60	-	-
Ethno-cultural background			
Caucasian (%)	40.10	-	-
Visible minority (%)	59.80	-	-
Criminal career parameters			
Age at first crime	14.90 (1.39)	15	12-17
Nb total priors	7.92 (7.56)	5	1-48
Nb of violent nonsexual priors	2.65 (2.93)	2	0-19
Nb of violent sexual priors	0.32 (1.08)	0	0-10
Nb of priors against property	1.92 (3.42)	1	0-35
Nb of drug and other substances priors	0.30 (.85)	0	0-8
Nb of other priors	2.73 (4.07)	1	0-27
Total severity of crimes	871.62 (871.00)	627	11-4358
Polymorphism	2.23 (0.93)	2	1-5
Maximum			
None (%)	29.60	-	-
severity of			
Extrajudicial sanction (%)	5.80	-	-
penalties			
Unsupervised community sentence (%)	1.90	-	-
received			
Probation (%)	57.20	-	-
Placement and supervision (%)	5.50	-	-
YLS/CMI results			
Previous and current offences/decisions	0.79 (1.07)	0	0-5
Family circumstances/parenting	1.81 (1.47)	2	0-6
Education/employment	2.44 (1.74)	2	0-7
Peer relations	1.68 (1.15)	2	0-4
Substance abuse	1.54 (1.58)	1	0-5
Leisure activities	1.60 (0.97)	1	0-3
Personality/behaviour	2.22 (1.80)	2	0-7
Attitudes/orientation	1.11 (1.21)	1	0-5
Total score	12.95 (7.10)	12	0-37
Level of risk			
Low (%)	30.30	-	-
Moderate (%)	64.70	-	-
High (%)	4.60	-	-
Very high (%)	0.30	-	-
Number of other needs and special considerations	3.84 (3.58)	3	0-19

Table 2

Socio-demographic characteristics, criminal career parameters and YLS/CMI outcomes based on use of clinical override

		Clinical override	No clinical override	<i>T</i> test or chi- square test	Cohen's <i>d</i>	<i>n</i>
		Average (SD) or %	Average (SD) or %			
Version	Version 1 (%)	36.9	63.1	28.37***	.53	584
	Version 2 (%)	9.8	90.2			
Socio-demographic characteristics						
Age at first YLS/CMI		16.39 (1.47)	16.52 (1.40)	1.01	.09	584
Gender	Male (%)	35.3	64.7	14.89**	.37	584
	Female (%)	14.1	85.9			
Ethno-cultural background	Caucasian (%)	29.1	70.9	1.817	-.12	583
	Visible minority (%)	34.4	65.6			
Criminal career parameters						
Age at first crime		14.78 (1.46)	14.96 (1.35)	1.51	.13	584
Nb of total priors		9.78 (9.06)	7.04 (6.56)	-3.71***	.35	584
Nb of violent nonsexual priors		3.34 (3.57)	2.32 (2.51)	-3.52**	.33	584
Nb of violent sexual priors		0.39 (1.35)	0.28 (.93)	-1.02	.09	584
Nb of priors against property		2.21 (3.58)	1.79 (3.34)	-1.38	.12	584
Nb of drug and other substances priors		0.34 (.95)	0.29 (.80)	-.59	.06	584
Nb of other priors		3.51 (5.01)	2.36 (3.49)	-2.83**	.27	584
Total severity of crimes		1311.37 (1565.52)	829.88 (928.92)	-3.90***	.28	584
Polymorphism		2.34 (.95)	2.18 (.91)	-1.97*	.17	584
Maximum severity of penalties received		1.81 (1.52)	2.14 (1.37)	2.51*	.23	584
YLS/CMI results						
Previous and current offences/decisions		0.98 (1.20)	0.70 (1.00)	-2.99**	.25	584
Family circumstances/parenting		2.02 (1.50)	1.71 (1.44)	-2.35*	.21	577
Education/employment		2.65 (1.73)	2.33 (1.74)	-2.10*	.18	581
Peer relations		1.85 (1.28)	1.59 (1.08)	-2.40*	.22	582
Substance abuse		1.45 (1.62)	1.58 (1.56)	.88	.08	583
Leisure activities		1.44 (.96)	1.24 (.97)	-2.27*	.21	581
Personality/behaviour		2.47 (1.81)	2.10 (1.79)	-2.34*	.21	583
Attitudes/orientation		1.45 (1.35)	0.94 (1.10)	-4.49***	.41	578
Total score		14.30 (7.46)	12.34 (6.84)	-3.04**	.27	579
Level of risk		1.72 (.52)	1.77 (.56)	.97	.09	584
Number of other needs and special considerations		4.28 (3.54)	3.64 (3.59)	-2.02*	.18	581

Note. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

^a. Standardized mean difference for *t* tests, with standard deviations and weighted sample sizes, was converted to Cohen's *d* at <https://www.socscistatistics.com/effectsize/default3.aspx> and chi-square was converted to Cohen's *d* with the Effect Size Calculator at <https://www.polyu.edu.hk/mm/effectsizefaq/calculator/calculator.html>

associated with the use of clinical override. Indeed, the proportion of YLS/CMI that was clinically overridden is higher for males (35.3%) than females (14.1%) young offenders.

Seven out of ten criminal career parameters are statistically related to the use of clinical override (at least $p < .05$). Young offenders whose YLS/CMI was clinically overridden, compared to those whose YLS/CMI was not clinically overridden, had more overall priors ($M = 9.78$ and $M = 7.04$, respectively), non-sexual violence priors ($M = 3.34$ and $M = 2.32$, respectively) and other priors ($M = 3.51$ and $M = 2.36$, respectively), a higher total severity index ($M = 1,311.37$ and $M = 829.88$, respectively), and greater polymorphism ($M = 2.34$ and $M = 2.18$, respectively). Conversely, the maximum severity of sanctions received was lower for young offenders whose YLS/CMI was clinically overridden ($M = 1.81$) compared to those whose YLS/CMI was not clinically overridden ($M = 2.14$).

All of the YLS/CMI scores, with the exception of the substance abuse domain score ($t(581) = .88, p = .378$) and risk level ($t(582) = .97, p = .333$), are statistically related to the use of clinical override (at least $p < .05$). Young offenders whose YLS/CMI was clinically overridden, compared to those whose YLS/CMI was not clinically overridden, had higher scores on the various risk domains, as well as higher total scores ($M = 14.30$ and $M = 12.34$, respectively) and a higher number of other needs and special considerations ($M = 4.28$ and $M = 3.64$, respectively).

In the logistic regression analysis (see Table 3), the descriptive value of the variables was considered so as to favour the use of certain variables over others. Thus, the total number of priors was excluded in order to include the two types of crimes related to the use of clinical override (number of violent non-sexual and other types of priors), and the total YLS/CMI score was excluded in order to include the six risk domains statistically related to the use of clinical override:

previous and current offences, family situation/parental role, education/employment, peer relations, leisure activities, and attitudes/orientation.

Table 3

Logistic regression of the use of clinical override based on young offenders' socio-demographic characteristics, criminal career parameters, and YLS/CMI scores.

	B (S.E.)	Wald	OR [CI]
Version (1)	1.62 (.38)	18.40***	5.06 [2.41-10.61]
Sociodemographic characteristics			
Male	1.04 (.36)	8.50**	2.82 [1.41-5.66]
Criminal career parameters			
Total severity of crimes	0.00 (.00)	2.02	1.00 [1.00-1.00]
Maximum severity of sanctions received	-0.16 (.07)	4.65*	0.86 [0.74-.99]
Number of nonsexual violent priors	0.06 (.04)	2.12	1.06 [0.98-1.16]
Number of other priors	0.00 (.03)	0.00	1.00 [0.94-1.07]
Polymorphism	-0.12 (.13)	0.92	0.89 [0.69-1.14]
YLS/CMI results			
Score – Previous and current offences	0.03 (.12)	0.05	1.03 [0.82-1.29]
Score – Family circumstances/parenting	-0.03 (.08)	0.10	0.97 [0.83-1.14]
Score – Education/employment	0.05 (.07)	0.49	1.05 [0.92-1.19]
Score – Peer relations	-0.03 (.10)	0.10	0.97 [0.80-1.18]
Score – Leisure activities	0.10 (.12)	0.98	1.10 [0.88-1.38]
Score – Attitudes/orientation	0.23 (.10)	5.32*	1.26 [1.04-1.53]
Number of other needs and considerations	0.02 (.03)	0.28	1.02 [0.96-1.08]
χ^2 (model)		79.21***	
r^2 Nagelkerke		.18	

Note. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; B = Beta; S.E. = Standard error; OR = Odds ratio; CI = Coefficient interval

The model is significant ($\chi^2 = 79.21$, $p < .001$) with a Nagelkerke of .18. Controlling for the version of the instrument, the results indicate that three variables significantly influence clinicians' use of clinical override: gender of the youth ($W = 8.50$, $p = .004$), the maximum severity of sentences received ($W = 4.65$, $p = .031$) and the score obtained in the antisocial attitudes/orientation dimension ($W = 5.32$, $p = .021$). These results suggest that being a male almost triples the likelihood that clinicians will decide to use clinical override ($\text{Exp}(B) = 2.82$).

For every one level increase in the severity of sentences received in the past, the likelihood that clinicians will change the risk level of the tool decreases by 1.16 times ($\text{Exp}(B) = .86$). Finally, for each risk factor in the domain of antisocial attitudes/orientation, the likelihood that the level of risk will be modified by clinicians increases by 1.26. Thus, a male with moderate to high criminal attitudes who has received no, or a low severity, sentence in the past represents the typical profile of a youth presenting the elements that influence the decision to use clinical override.

Discussion

The use of clinical override when assessing recidivism risk using the YLS/CMI is as high as 74% in some organizations (Schmidt et al., 2015). However, the authors of the instrument recommend that it be used in no more than one tenth of all assessments (Andrews et al., 2004). The objective of this article was therefore to evaluate the link between different elements accessible to the clinician at the first meeting with the youth and the use of clinical override when assessing the risk of young offenders. Theoretically, none of the factors under consideration should influence clinical override when assessing young offenders' risk of recidivism, either because they have already been assessed by the instrument or because they do not represent risk factors according to the model upon which the instrument was developed (Bonta & Andrews, 2017). The results of this study suggest, however, that clinicians' decision-making processes are sensitive to a number of factors: the gender of the young offender, the maximum severity of sentences received prior to the current assessment, and the young offender's score in the attitudes/orientation domain.

Gender

Consistent with Johnson's (2005) theoretical and empirical study, which suggests that different personal characteristics of offenders influence the decision-making process of justice

system clinicians, gender was found to be related to the use of clinical override regardless of the version of the instrument used. However, a major difference is observed between the two versions: while the first does not distinguish between male and female offenders in terms of their level of risk of recidivism, the second requires that the gender of the youth be indicated, since it influences the level of risk assigned to the youth's score based on the score obtained. It is possible that gender had not been considered in the assessment of recidivism risk in the past, in the first version of the instrument, since little attention had been paid to female offenders in the literature (Mahony, 2011). Predictive validity was weaker for girls, who are underrepresented among offenders in general (Hockenberry & Puzzanchera, 2015; Lafortune et al., 2015; McKinney, 2019; Peck, 2019), than for boys in the first version (Anderson et al., 2016; Chu et al., 2014). However, over the past few decades, the number of female offenders has increased considerably (Favier et al., 2012; Hockenberry & Puzzanchera, 2015; Mahony, 2011), allowing the authors of the YLS/CMI to observe some differences in the relationship between the level of risk and recidivism (Hoge & Andrews, 2006). Since the addition of the gender distinction in the second version of the instrument, the validity of the instrument is similar regardless of gender (Latessa et al., 2016; Schwalbe, 2008). Our results suggest, however, that this adjustment appears to be rarely considered by clinicians, whose decision-making process leading to clinical override was significantly influenced by the gender of the young offender they were assessing. Clinicians were more likely to use clinical override when assessing a male.

It is possible that male offenders are more likely to be the target of clinicians' use of clinical override as they commit more crimes (Lafortune et al., 2015). In addition, the likelihood that the most impressive and memorable crimes are committed by male offenders increases with the severity of the crime (Kruttschnitt, 1994). Specifically, Agnew and Brezina's (2012) review of the

literature suggests that boys, compared to girls, are 13 times more likely to be arrested for murder, ten times more likely to be arrested for armed robbery, and seven times more likely to be arrested for burglary. Therefore, clinicians may decide to use clinical override when assessing a boy, as they recall and associate assessments with offenders at higher risk of recidivism in the past. Their common characteristic of being male may lead clinicians to believe that there is a correlation between the two, but it is only illusory (Guay, 2006).

The gender difference in the use of clinical override could also be based on the paternalistic attitude of the justice system towards girls. The different studies suggest that the various judicial decisions with respect to female offenders are aimed more at protecting them from an unsafe lifestyle or a threatening environment (Chesney-Lind, 1977; Favier et al., 2012; Lanctôt & Desai, 2002; Spivak et al., 2014b). As a result, they are much more likely to be prosecuted for non-criminal behaviour (e.g., running away from home, truancy, drinking) for their own good rather than for public safety (McKinney, 2019; Peck, 2019). It is thus possible that the lower use of clinical override among female offenders is based on the fact that the vast majority of them are already in the care of the Youth Protection Act, unlike male offenders (Lanctôt & Desai, 2002).

Maximum Severity of Sentences Received

Our results suggest that clinicians are more likely to use clinical override to modify the risk level of young offenders who received no sanction prior to their assessment, or a low severity sanction (e.g., extrajudicial sanction). It can be assumed that clinicians judge more harshly youth who have reoffended following a crime for which they feel the sanction was too lenient, or when it is the youth's first crime. The recidivism risk assessment, which represents a benchmark in terms of the rehabilitation and social reintegration potential of the young offender being assessed, is used by the judge who must take a position on the sanction to be handed down. Thus, clinicians may

choose to increase the risk level of a young offender for whom previous measures have not prevented recidivism. For clinicians, opting for a stricter evaluation could be a way to protect themselves from public criticism (Schneider et al., 1996), or to avoid the guilt associated with a prior serious crime assessment that underestimated the youth's risk. Kermer and colleagues (2006) suggest a general tendency to incorrectly predict one's own emotions, particularly by overestimating the negative emotions that can occur as a result of failure or loss. The exaggerated projection of unpleasant emotions associated with an experience of loss sometimes leads people to avoid taking risks (Goldstein, 2014). The use of clinical override could therefore be used to encourage the judge to give the youth a more severe sentence, and therefore a higher level of supervision, in order to avoid facing a recidivism that they could have avoided and thus avoid the negative emotions associated with this error, despite the real risk factors for recidivism.

Antisocial Attitudes and Orientation

Although these are risk factors already assessed by the instrument, our results suggest that a higher score in the risk domain of antisocial attitudes and orientation increases the likelihood that clinicians will use clinical override. These results are consistent with those of Guay and Parent (2018), who conducted a clinical override study using the LS/CMI.

The antisocial attitudes and orientation risk domain of the YLS/CMI includes various elements that can potentially influence the relationship between the young offender and the clinician. This section identifies, among other things, whether the young person accepts or rejects the help offered and whether the youth has a defiant attitude towards authority (Hoge & Andrews, 2006). A predominant characteristic of young offenders is that their assessment is mandated. As a result, they generally have little motivation to change (Couture, 2012; McMurrin, 2009; Weisz & Hawley, 2002), in addition to considering that the interventions deprive them of their freedom and

that clinicians are untrustworthy (Lambie, 2004). Young people who are forced to receive treatment often have not yet identified a problem in their lives that they want to change (DiGiuseppe et al., 1996). They therefore represent the most difficult clientele with whom to establish a relationship, since agreement on the rehabilitation task and goals is difficult to achieve (Fitzpatrick & Irannejad, 2008). This may suggest that clinicians are more likely to clinically override results when they have greater difficulty establishing a relationship with the young offenders they are assessing. Clinicians may feel that a lack of openness will prevent youths from benefiting from subsequent interventions, making it more difficult to assess the advantages and disadvantages of changing their behaviour. Clinicians could thus use clinical override to increase the risk of recidivism for a youth considered to be more dangerous and perceived as inaccessible.

YLS/CMI Version

Our results suggest that the use of the YLS/CMI was clinically overridden approximately five times more often when the first version of the device was used compared to the second version. This data allows us to observe the impact of training and supervision on the way clinicians use the instrument, since the introduction of a new version was accompanied by greater institutional supervision in the use of the instrument. The results are consistent with those that suggest that without training clinicians view the instrument as additional paperwork that they can use at their discretion (Viglione et al., 2015), that the result it provides is difficult to understand (Krysik & LeCroy, 2002), and that it requires considerable time and resources (Miller & Maloney, 2013).

Practical Implications

This study documents the presence of certain elements influencing the decision-making process of clinicians assessing the recidivism risk of young offenders, suggesting that the

formulation of the final risk level when using a standardized instrument may be influenced by various factors. Considering the impact of the overall recidivism risk score on the orientation of the intervention accorded the youth, it is important that the score be as accurate as possible in order to not only reduce recidivism but also enhance public safety (Bonta & Andrews, 2017), and to intervene in a manner appropriate to the problem at an age when delinquent behaviour has the potential to crystallize (Moffitt, 1993). Changing the level of risk upwards for a youth who actually requires a lower level of intervention leads to the possibility of overexposing the young offender to the services offered and thus obtaining the opposite effect to that expected, i.e., an increase in recidivism (Bonta & Andrews, 2017). In addition, lowering the level of risk for a youth requiring intensive and diversified intervention would deprive the young offender of assistance that might have been available to help escape the delinquent lifestyle. This research can thus serve as a starting point to guide future research to determine the effectiveness of decisions and to assess whether the current use of the YLS/CMI in different correctional and rehabilitation institutions is optimal, or whether it should be modified by educating clinicians about the different influences on their clinical judgment. The significant disparity in the use of clinical override between the two versions of the instrument indicates that clinicians are influenced by certain characteristics of young offenders, despite the training received on the instrument. The training offered by institutions using the YLS/CMI, which provides a better understanding of the usefulness of the instrument, could thus be improved in light of its results.

Strengths and Limitations

The composition of the sample allows the results of the study to be generalized to all young offenders, given that the sample is comprised of all young offenders meeting the study criteria over a three-year period. The exhaustive collection of data from files helped to avoid the inevitable

bias associated with the voluntary recruitment of participants, making the study more representative. Furthermore, although the measures used to account for the criminal careers of young offenders include only those offences that were in the court system, these official measures converge with self-reported measures (Hindelang et al., 1979; Piquero et al., 2014), suggesting that the data collected in this study provide a representative snapshot of the criminal careers of youth. Despite the fact that some crimes were not detected by the justice system and were therefore not included in our study, our results concur with those of other studies, also based on official data.

The interpretation of the findings of this research must, however, take into consideration certain limitations. First, the correlational nature of the study connects different elements that may influence clinicians' use of clinical override, but does not provide an explanation as to why clinicians change the risk level of the young offender. Thus, only assumptions can be made regarding the elements related to the use of clinical override. Data doesn't indicate either if clinicians decisions offer a better indication of recidivism risk, or if on the contrary, they affect predictive validity. A recidivism variable should be added in subsequent researches. In addition, some clinicians who assessed the risk of recidivism of young offenders in the study may have had access to privileged information through colleagues working with these young people under the Youth Protection Act and thus became aware of events that were not detected by the justice system. This data would not be accessible to clinicians in the young offender's file, but the youth may have authorized the clinician to gather information by communicating with the various parties involved in the file at the time or consulted in the past. Thus, out of a cohort of similar young offenders, approximately 58% also have a youth protection record (Lafortune et al., 2015). Although this information may represent elements that could influence the use of clinical override considering

its impact on services received prior to the administration of the YLS/CMI, it was not included in the study.

Other factors that could influence the use of clinical override have not been considered, including the unique characteristics of clinicians, despite the possibility that these characteristics may concomitantly influence their decision-making process. Different memory processes, biases and heuristics can compromise a clinician's ability to learn from clinical experience (Garb & Boyle, 2015). According to these authors, the quality of academic training could surpass experience in the accuracy of clinical predictions. In addition, the practitioner's gender also influences how the relationship with a youth is perceived (Favier et al., 2012). The lack of information on clinicians in charge of doing overrides, who has various experiences and theoretical orientations, represents an important limitation in this study. It might therefore be interesting to examine, in the context of future research, the influence of gender and the academic training of clinicians on their propensity to use clinical override.

Conclusion

This study explored various elements (socio-demographic characteristics of young offenders, criminal career parameters, and results from the YLS/CMI) that may influence clinicians' decision-making when using clinical override in the recidivism risk assessment of 584 young offenders, controlling for the version of the YLS/CMI used. The results suggest that the use of clinical override is influenced by the gender of the young offender, the maximum severity of sanctions received, and the young offender's score in the criminal attitudes/antisocial tendencies domain. These results can be explained by the higher proportion of male offenders in the justice system as well as the gender disparity in the treatment of offenders. It is also possible that certain characteristics of the youths may interfere with the clinician's ability to develop a relationship with

them, leading the clinician to judge the youths being assessed more harshly. It would therefore be relevant to explore in future research whether other factors, such as the ability of clinicians to develop a relationship with a youth, or particular characteristics (e.g., gender, academic training, sensitivity to the antisocial characteristics of youth), influence clinicians to use clinical override. Specifically, a qualitative analysis could allow for a more individualized exploration of the reasons of which clinicians are aware and the processes involved in their decisions to modify a youth's risk level based on their clinical judgment.

References

- Ægisdóttir, S., White, M. J., Spengler, P. M., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S., Nichols, C. N., Lampropoulos, G. K., Walker, B. S., Cohen, G., & Rush, J. D. (2006). The Meta-Analysis of Clinical Judgment Project: Fifty-Six Years of Accumulated Research on Clinical Versus Statistical Prediction. *The Counseling Psychologist*, 34(3), 341–382. <https://doi.org/10.1177/0011000005285875>
- Agnew, R., & Brezina, T. (2012). *Juvenile Delinquency: Causes and Control* (4e éd.). Oxford University Press.
- Akman, D. D., Normandeau, A., & Turner, S. (1967). Measurement of Delinquency in Canada. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 58(3), 330–337. <https://doi.org/10/ffdfxb>
- Anderson, V. R., Davidson, W. S., Barnes, A. R., Campbell, C. A., Petersen, J. L., & Onifade, E. (2016). The differential predictive validity of the Youth Level of Service/Case Management Inventory: the role of gender. *Psychology, Crime and Law*, 22(7), 666–677. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2016.1174861>
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2004). *The Level of Service/Case Management Inventory*. Multi-Health Systems. <https://doi.org/10.1037/t05029-000>
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2011). The risk-need-responsivity (RNR) model: Does adding the good lives model contribute to effective crime prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38(7), 735–755. <https://doi.org/10.1177/0093854811406356>
- Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F. T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28(3), 369–403. <https://doi.org/10.3868/s050-004-015-0003-8>
- Ansbro, M. (2010). The Nuts and Bolts of Risk Assessment: When the Clinical and Actuarial Conflict. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 49(3), 252–268. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2311.2010.00614.x>
- Blumstein, A., Cohen, J., & Farrington, D. P. (1988). Criminal Career Research: Its Value for Criminology. *Criminology*, 26(1), 1–35. <https://doi.org/10/fbn6z9>
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). *Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité*. Sécurité publique Canada. <https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rsk-nd-rspnsvty/index-fr.aspx>
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2017). *The Psychology of Criminal Conduct* (LexisNexis (Ed.); 5th ed.). Routledge. <https://doi.org/10.3138/cjcrim.41.4.554>
- Catchpole, R. E. H., & Gretton, H. M. (2003). The Predictive Validity of Risk Assessment with Violent Young Offenders: A 1-Year Examination of Criminal Outcome. *Criminal Justice and Behavior*, 30(6), 688–708. <https://doi.org/10.1177/0093854803256455>
- Chappell, A. T., Maggard, S. R., & Higgins, J. L. (2013). Exceptions to the Rule? Exploring the Use of Overrides in Detention Risk Assessment. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 11(4), 332–348. <https://doi.org/10.1177/1541204012470849>

- Chesney-Lind, M. (1977). Judicial Paternalism and the Female Status Offender Training. *Crime and Delinquency*, April, 121–130. <https://doi.org/10.1177/001112877702300203>
- Childs, K., Frick, P. J., Ryals, J. S., Lingonblad, A., & Villio, M. J. (2013). A Comparison of Empirically Based and Structured Professional Judgment Estimation of Risk Using the Structured Assessment of Violence Risk in Youth. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 12(1), 40–57. <https://doi.org/10.1177/1541204013480368>
- Chu, C. M., Yu, H., Lee, Y., & Zeng, G. (2014). The Utility of the YLS/CMI-SV for Assessing Youth Offenders in Singapore. *Criminal Justice and Behavior*, 41(12), 1437–1457. <https://doi.org/10.1177/0093854814537626>
- Chua, J. R., Chu, C. M., Yim, G., Chong, D., & Teoh, J. (2014). Implementation of the Risk–Need–Responsivity Framework across the Juvenile Justice Agencies in Singapore. *Psychiatry, Psychology and Law*, 21(6), 877–889. <https://doi.org/10.1080/13218719.2014.918076>
- Couture, A.-M. (2012). *L'entretien motivationnel chez les jeunes faisant partie d'un gang de rue* [Université de Montréal]. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/8981>
- DiGiuseppe, R., Linscott, J., & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied and Preventive Psychology*, 5(2), 85–100. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(96\)80002-3](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(96)80002-3)
- Dowden, C., & Andrews, D. A. (1999). What Works in Young Offender Treatment: A Meta-Analysis. *Forum on Corrections Research*, 11(2), 21–24. https://www.csc-scc.gc.ca/publications/forum/e112/112e_e.pdf
- Favier, L., Dubien, J., Brisebois, I., Caron, N., Kurtzman, L., & Lebreton, C. (2012). *Les jeunes filles qui fréquentent des organismes de justice alternative*. <http://shorturl.at/atKRV>
- Fitzpatrick, M., & Irannejad, S. (2008). Adolescent readiness for change and the working alliance in counseling. *Journal of Counseling and Development*, 86(4), 438–445. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2008.tb00532.x>
- Garb, H. N., & Boyle, P. A. (2015). Understanding Why Some Clinicians Use Pseudoscientific Methods : Findings from Research on Clinical Judgment. In S. O. Lilienfeld, S. J. Lynn, & J. M. Lohr (Eds.), *Science and Pseudoscience in Clinical Psychology* (2th ed., pp. 19–41). The Guildford Press.
- Goldstein, E. B. (2014). *Cognitive Psychology: Connecting Mind, Research and Everyday Experience* (4th ed.). Nelson Education.
- Gore, K. S. (2007). Adjusted actuarial assessment of sex offenders: The impact of clinical overrides on predictive accuracy. In *Retrospective Theses and Dissertations*. <https://doi.org/10.31274/rtd-180813-16754>
- Grove, W. M., Zald, D. H., Lebow, B. S., Snitz, B. E., & Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, 12(1), 19–30. <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/1040-3590.12.1.19>
- Guay, J.-P. (2006). Prédiction actuarielle et prédiction clinique : le dernier souffle d'une pratique

- traditionnelle. *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique et Scientifique*, 59, 149–164.
- Guay, J.-P., & Parent, G. (2018). Broken Legs, Clinical Overrides, and Recidivism Risk: An Analysis of Decisions to Adjust Risk Levels With the LS/CMI. *Criminal Justice and Behavior*, 45(1), 82–100. <https://doi.org/10.1177/0093854817719482>
- Hanson, R. K., & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.2.348>
- Hanson, R. K., & Thornton, D. (2000). Static 99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders. *Law and Human Behavior*, 24(1), 119–136. <https://doi.org/10/fgm4rz>
- Helmus, L., & Bourgon, G. (2011). Taking stock of 15 years of research on the spousal assault risk assessment guide (SARA): A critical review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10(1), 64–75. <https://doi.org/10.1080/14999013.2010.551709>
- Hindelang, M. J., Hirschi, T., & Weis, J. G. (1979). Correlates of Delinquency : The Illusion of Discrepancy between Self-Report and Official Measures. *American Sociological Review*, 44(6), 995–1014. <https://doi.org/10.2307/2094722>
- Hockenberry, S., & Puzzanchera, C. (2015). *Juvenile Court Statistics 2013*. <https://www.ojjdp.gov/ojstatbb/njcda/pdf/jcs2013.pdf>
- Hoge, R. D., & Andrews, D. A. (2006). *Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI) user's manual*. Multi-Health Systems.
- Johnson, B. D. (2005). Contextual disparities in guidelines departures: Courtroom social contexts, guidelines compliance, and extralegal disparities in criminal sentencing. *Criminology*, 43(3), 761–796. <https://doi.org/10.1111/j.0011-1348.2005.00023.x>
- Kermer, D. A., Driver-Linn, E., Wilson, T. D., & Gilbert, D. T. (2006). Loss Aversion Is an Affective Error Forecasting. *Psychological Science*, 17(8), 649–654. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01760.x>
- Koehler, J. A., Lösel, F., Akoensi, T. D., & Humphreys, D. K. (2013). A systematic review and meta-analysis on the effects of young offender treatment programs in Europe. *Journal of Experimental Criminology*, 9(1), 19–43. <https://doi.org/10.1007/s11292-012-9159-7>
- Kruttschnitt, C. (1994). Gender and Interpersonal Violence. In A. J. Reiss & J. A. Roth (Eds.), *Understanding and Preventing Violence : Social Influences* (Vol. 3, pp. 293–376). National Academy Press. <https://doi.org/10.17226/4421>
- Krysiak, J., & LeCroy, C. W. (2002). The Empirical Validation of an Instrument to Predict Risk of Recidivism Among Juvenile Offenders. *Research on Social Work Practice*, 12(1), 71–81. <https://doi.org/10.1177/104973150201200106>
- Lafortune, D., Royer, M. N., Rossi, C., Turcotte, M. E., Boivin, R., Cousineau, M.-M., Dionne, J., Drapeau, S., Faubert, C., Guay, J.-P., Fenchel, F., Laurier, C., Meilleur, D., & Trépanier, J. (2015). *La loi sur le système de justice pénale pour les adolescents sept ans plus tard : portrait des jeunes, des trajectoires et des pratiques*. (FQRSC 2011-TA-144097).

- Lambie, G. W. (2004). Motivational Enhancement Therapy: A Tool for Professional School Counselors Working With Adolescents. *Professional School Counseling*, 7(4), 268–276. <https://www.jstor.org>
- Lancôt, N., & Desai, B. (2002). La nature de la prise en charge des adolescentes par la justice : jonction des attitudes paternalistes et du profil comportemental des adolescentes. *Déviance et Société*, 26(4), 463. <https://doi.org/10.3917/ds.264.0463>
- Latessa, E., Lux, J., Chouhy, C., & Long, J. (2016). *Examining the Validity and Reliability of the Youth Level of Service/Case Management Inventory 2.0 for the South Dakota Department of Corrections — Juvenile Community Corrections*. <http://shorturl.at/imuSW>
- Leiber, M. J., & Fox, K. C. (2005). Race and the impact of detention on juvenile justice decision making. *Crime and Delinquency*, 51(4), 470–497. <https://doi.org/10/fgnj3h>
- Mahony, T. H. (2011). Women and the criminal justice system. In *Classic and Contemporary Readings in Sociology*. <https://doi.org/10.4324/9781315840154-45>
- McKinney, S. (2019). Female Status Offenders. In F. P. Bernat & K. Frailing (Eds.), *The Encyclopedia of Women and Crime*. John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10/d2hx>
- McMurrin, M. (2009). Motivational interviewing with offenders: A systematic review. *Legal and Criminological Psychology*, 14(1), 83–100. <https://doi.org/10/cqzsfw>
- Miller, J., & Maloney, C. (2013). Practitioner Compliance With Risk/Needs Assessment Tools: A Theoretical and Empirical Assessment. *Criminal Justice & Behavior*, 40(7), 716–736. <https://doi.org/10.1177/0093854812468883>
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674–701. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.100.4.674>
- Nugent, P., & Zamble, E. (2001). Influencer les renvois en vue d'un examen de maintien en incarcération par l'entremise d'une sélection appropriée. *Forum - Recherche Sur l'actualité Correctionnelle*, 13, 30–34. <http://shorturl.at/tAFH9>
- Olver, M. E., Stockdale, K. C., & Wormith, J. S. (2009). Risk assessment with young offenders: A meta-analysis of three assessment measures. *Criminal Justice and Behavior*, 36(4), 329–353. <https://doi.org/10.1177/0093854809331457>
- Peck, J. H. (2019). Girls in the juvenile justice system. *The Encyclopedia Of Women and Crime*, 1–6. <https://doi.org/10.1002/9781118929803.ewac0244>
- Piquero, A. R., Farrington, D. P., & Blumstein, A. (2003). The Criminal Career Paradigm. *Crime and Justice*, 30(1), 359–506. <https://www.jstor.org>
- Piquero, A. R., Schubert, C. A., & Brame, R. (2014). Comparing Official and Self-report Records of Offending across Gender and Race/Ethnicity in a Longitudinal Study of Serious Youthful Offenders. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 51(4), 526–556. <https://doi.org/10.1177/0022427813520445>
- Schaefer, L., & Williamson, H. (2018). Probation and Parole Officers' Compliance With Case

- Management Tools: Professional Discretion and Override. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(14), 4565–4584.
<https://doi.org/10/gd86n8>
- Schmidt, F., Hoge, R. D., & Gomes, L. (2005). Reliability and validity analyses of the youth level of service/case management inventory. *Criminal Justice and Behavior*, 32(3), 329–344. <https://doi.org/10.1177/0093854804274373>
- Schmidt, F., Sinclair, S. M., & Thomasdottir, S. (2015). Predictive Validity of the Youth Level of Service/Case Management Inventory with Youth who have Committed Sexual and Non-Sexual Offenses: The Utility of Professional Override. *Criminal Justice and Behavior*, 43(3), 1–18. <https://doi.org/10.1177/0093854815603389>
- Schneider, A. L., Ervin, L., & Snyder-Joy, Z. (1996). Further exploration of the flight from discretion: The role of risk/need instruments in probation supervision decisions. *Journal of Criminal Justice*, 24(2), 109–121. [https://doi.org/10.1016/0047-2352\(95\)00059-3](https://doi.org/10.1016/0047-2352(95)00059-3)
- Schwalbe, C. S. (2008). A Meta-Analysis of Juvenile Justice Risk Assessment Instruments: Predictive Validity by Gender. *Criminal Justice and Behavior*, 35(11), 1367–1381. <https://doi.org/10.1177/0093854808324377>
- Shook, J. J., & Sarri, R. C. (2007). Structured Decision Making in Juvenile Justice: Judges' and Probation Officers' Perceptions and Use. *Children and Youth Services Review*, 29(10), 1335–1351. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.05.008>
- Spivak, A. L., Wagner, B. M., Whitmer, J. M., & Charish, C. L. (2014). Gender and Status Offending: Judicial Paternalism in Juvenile Justice Processing. *Feminist Criminology*, 9(3), 224–248. <https://doi.org/10.1177/1557085114531318>
- Statistique Canada. (2009). *Section 1 : Indice de gravité de la criminalité*.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-004-x/2009001/part-partie1-fra.htm>
- Storey, J. E., Watt, K. A., Jackson, K. J., & Hart, S. D. (2012). Utilization and implications of the Static-99 in practice. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 24(3), 289–302. <https://doi.org/10.1177/1079063211423943>
- Viglione, J., Rudes, D. S., & Taxman, F. S. (2015). Misalignment in Supervision: Implementing Risk/Needs Assessment Instruments in Probation. *Criminal Justice and Behavior*, 42(3), 263. <https://doi.org/10.1177/0093854814548447>
- Ward, T., Yates, P. M., & Willis, G. M. (2012). The good lives model and the risk need responsivity model: A critical response to Andrews, Bonta, and Wormith (2011). *Criminal Justice and Behavior*, 39(1), 94–110. <https://doi.org/10.1177/0093854811426085>
- Weisz, J. R., & Hawley, K. M. (2002). Developmental factors in the treatment of adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 21–43. <https://doi.org/10/fn8f7z>
- Wormith, J. S., Hogg, S., & Guzzo, L. (2012). The Predictive Validity of a General Risk/Needs Assessment Inventory on Sexual Offender Recidivism and an Exploration of the Professional Override. *Criminal Justice and Behavior*, 39(12), 1511–1538. <https://doi.org/10.1177/0093854812455741>

Wormith, J. S., Hogg, S. M., & Guzzo, L. (2015). The Predictive Validity of the LS/CMI with Aboriginal Offenders in Canada. *Criminal Justice and Behavior*, 42(5), 481–508.
<https://doi.org/10.1177/0093854814552843>

Conclusion

Les résultats obtenus dans le cadre de cette étude doctorale suggèrent que les facteurs pouvant influencer le processus décisionnel des cliniciens lors du recours à la dérogation clinique dans le contexte de la première évaluation du risque de récidive des jeunes contrevenants reposent sur le sexe du jeune contrevenant, son score au domaine de risque attitudes et tendances antisociales et la sévérité maximale des peines qu'il a reçues. Ces résultats permettent de bonifier un pan de la littérature peu étudié, soit l'utilisation de la dérogation clinique en contexte d'évaluation du risque de récidive chez les jeunes contrevenants et les processus décisionnels qui lui sont inhérents. Les études à ce sujet ont surtout été effectuées auprès de cliniciens travaillant avec une population adulte (Guay & Parent, 2018; Nugent & Zamble, 2001; Storey et al., 2012; Viglione et al., 2015; Wormith et al., 2012) ou une population avec une problématique particulière, comme la délinquance sexuelle (Storey et al., 2012; Wormith et al., 2012). De plus, aucune étude ne semble s'être intéressée à la fois à l'impact des caractéristiques sociodémographiques des contrevenants, des paramètres de leur carrière criminelle et des résultats provenant du YLS/CMI sur l'utilisation de la dérogation clinique par les cliniciens. Il s'agit ainsi, à notre connaissance, de la première étude offrant un portrait plus exhaustif des éléments accessibles au clinicien dès sa première rencontre avec le jeune contrevenant qu'il évalue, pouvant influencer l'utilisation de la dérogation clinique.

Alors que cette pratique s'élève à 28,6% au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (Rouleau & Parent, 2018), elle atteint 74% dans certaines organisations du Canada (Schmidt et al., 2015). Les auteurs de l'instrument recommandent pourtant qu'elle ne soit utilisée au plus que dans le dixième de l'ensemble des évaluations (Andrews et al.,

2004), puisque cette pratique détient un potentiel délétère envers les jeunes contrevenants évalués, en diminuant la capacité de l'instrument à discriminer les jeunes qui récidiveront de ceux qui ne récidiveront pas (Chappell et al., 2013; Gross, 1998; Guay & Parent, 2018; Schmidt et al., 2015; Storey et al., 2012; Wormith et al., 2015). Par conséquent, elle diminue également la probabilité que les jeunes reçoivent une intervention optimale en fonction de leur niveau de risque de récidive réel (Bonta & Andrews, 2017). De façon concordante, les résultats de la présente étude suggèrent que les conclusions des cliniciens à la fin de leur évaluation sont basées sur des facteurs non liés au risque de récidive (sexe des jeunes contrevenants et sévérité maximale des peines qu'ils ont reçues) ou déjà évalués par l'instrument (score au domaine attitudes et tendances antisociales). Il est possible d'émettre des hypothèses explicatives à l'égard de ces résultats en questionnant les aspects cognitifs (heuristiques) et affectifs (contre-transfert) sous-jacents à l'utilisation de la dérogation clinique et ayant le potentiel de teinter la façon dont les cliniciens réfléchissent au problème du client et à ses résolutions (Gambrill, 2012).

Heuristiques

Tel que présenté précédemment, les heuristiques (raccourcis mentaux) sont nécessaires au quotidien pour prendre rapidement des décisions en simplifiant l'information de l'environnement, et ce dans n'importe quel domaine (Gambrill, 2012). Ces heuristiques peuvent être basés sur des événements facilement remémorés et accessibles à la conscience (soit l'heuristique de disponibilité, qui peut notamment mettre en relief le sexe du jeune et la sanction maximale qu'il a reçue), ou sur la ressemblance entre deux événements (soit l'heuristique de représentativité, qui peut par exemple mettre en lien deux

jeunes du même sexe). Bien qu'ils puissent être utiles et parfois même surpasser les réflexions délibérées (Gambrell, 2012), les heuristiques peuvent mener à des erreurs étant donné qu'ils sont influencés par une panoplie de facteurs et expériences personnels, engendrant stéréotypes et préconceptions erronées.

Dans le cadre de l'évaluation du risque de récurrence, tant le sexe du jeune que la sanction maximale qu'il a reçue dans le passé représentent des informations facilement accessibles à la conscience des cliniciens. Ces caractéristiques, qui influencent l'utilisation de la dérogation clinique, font partie des premières informations accessibles au clinicien lors de la prise de connaissance du dossier ou de la première rencontre, suggérant la présence de préconceptions à l'égard des jeunes dès le début de l'évaluation. Considérant que la dérogation clinique ne s'effectue qu'une fois l'évaluation terminée, il est possible qu'un biais de confirmation les ait amenés à conserver leur hypothèse de départ à l'endroit du jeune jusqu'à la fin de l'évaluation. Pour ce faire, ils ont dû inconsciemment conduire leurs rencontres de sorte à accorder plus de poids aux données qui favorisent leur point de vue initial, et à ignorer celles qui entrent en contradiction avec celui-ci (Rassin, 2020). Leur hypothèse de départ a pu être teintée d'une expérience passée avec un autre jeune à plus haut risque, amenant les cliniciens à comparer ces deux jeunes sur la base de leur ressemblance (tous les deux des garçons, ou ayant reçu par le passé une sanction de faible sévérité).

Le biais d'ancrage, découlant de l'heuristique de disponibilité, peut contribuer à ce phénomène en minimisant l'adaptation aux nouvelles informations (Tversky & Kahneman, 1973). En effet, il est fréquent de s'attacher de façon prématurée à son point de vue sans

questionner ses croyances, et à croire à l'homogénéité des comportements à travers différents contextes et situations (Gambrill, 2012). Par ailleurs, il est possible que la justification requise dans la section dédiée à la dérogation clinique dans l'instrument exacerbe le biais de confirmation. En effet, chercher à justifier ses croyances et ses hypothèses plutôt que tenter d'en trouver les failles favorise la recherche proactive d'informations qui concordent exclusivement avec son propre point de vue (Gambrill, 2012).

En outre, l'expérience des cliniciens avec d'autres contrevenants a pu influencer la façon dont ils réfléchissent à la problématique des garçons qu'ils rencontrent. Tel que mentionné dans notre article *Use of Clinical Override in the Assessment of Young Offenders' Risk of Recidivism*, les crimes les plus graves et impressionnants ont une plus grande probabilité d'être commis par des garçons (Agnew & Brezina, 2012), engendrant un meilleur rappel de ceux-ci étant donné leur saillance (biais de vivacité; Gambrill, 2012; Goldie, 2008; Nisbett & Ross, 1980). Ainsi, il est possible que la réflexion des cliniciens soient teintée de souvenirs auprès de jeunes à plus haut risque de récidive, étant donné le caractère saillant de leur délit. Autrement dit, s'ils avaient rencontré dans le passé des jeunes contrevenants qu'ils considéraient plus dangereux et qui les ont davantage sollicités émotionnellement, il est possible que les cliniciens aient conservé, puis transposé ce souvenir aux jeunes contrevenants masculins qu'ils ont rencontrés ensuite. Si le clinicien associe le jeune qu'il a devant lui à un autre qu'il considérerait plus dangereux (ressemblance basée sur le fait que tous deux sont des garçons par exemple), et que par surcroît ce jeune n'a reçu aucune sanction ou une de faible sévérité par le passé, il est possible que le clinicien soit davantage tenté de modifier le niveau de risque fourni par l'instrument afin

d'augmenter les probabilités qu'il reçoive une sanction de plus grande sévérité (p. ex., placement), puisque la précédente ne l'aura pas empêché de récidiver.

En somme, les heuristiques et biais en découlant peuvent contribuer aux hypothèses explicatives à l'égard des facteurs influençant le recours à la dérogation clinique. En effet, bien que les processus réflexifs de tous s'avèrent inévitablement influencés d'heuristiques afin d'arriver à des conclusions rapidement, il est possible que ceux des délégués à la jeunesse en soient particulièrement teintés, étant donné leur importante charge de travail qui peut leur exiger des résultats rapides. Les heuristiques pouvant grandement être basés sur les expériences passées, ils peuvent toutefois s'avérer problématiques lorsqu'ils mènent à des résultats erronés. La méta-analyse de Garb et Boyle (2015) suggère que l'expérience ne permet pas d'arriver à des prédictions cliniques plus justes; au contraire, les cliniciens obtiennent parfois des meilleurs résultats lorsqu'ils sont novices. Ainsi, l'utilisation d'heuristique peut expliquer les raisons pour lesquelles le sexe du jeune et la sévérité maximale des sanctions qu'il a reçues influencent le recours à la dérogation clinique, bien qu'ils ne représentent pas des facteurs de risque de récidive. Il est néanmoins possible que d'autres facteurs que ceux cognitifs puissent être en jeu dans l'utilisation de la dérogation clinique, dont les réactions contre-transférentielles des cliniciens.

Réactions contre-transférentielles

Nos résultats suggèrent qu'en plus du sexe du jeune et de la sévérité maximale des sanctions qu'il a reçues, les traits antisociaux de ce dernier influencent l'utilisation de la dérogation clinique. Les attitudes antisociales suscitent fréquemment des réactions vives

chez les cliniciens (Bockian, 2006). Ces réactions conscientes et inconscientes découlant tant de leurs propres conflits non-résolus que du transfert du client sont appelées contre-transfert (Rosenberger & Hayes, 2002). Les réactions émotionnelles représentant un autre facteur influençant de façon importante les processus décisionnels (Gambrill, 2012), il est possible qu'elles aient joué un rôle dans la décision des cliniciens d'utiliser la dérogation clinique. Devant des jeunes présentant des traits antisociaux, les cliniciens peuvent se sentir impuissants, dévalorisés, invalidés, manipulés, en colère et peuvent même avoir peur d'un éventuel assaut (Bockian, 2006). Ils peuvent donc être tentés, d'une part, d'avoir recours à la dérogation clinique pour augmenter le niveau de risque de récidive attribué par l'instrument, d'un jeune qu'ils considèrent plus dangereux et qui paraît inaccessible par son indifférence et son attitude défiante. En évaluant à la hausse le niveau de risque de récidive, ils influencent ainsi la probabilité que le jeune reçoive une sanction plus importante, particulièrement lorsque celui-ci a reçu dans le passé une sanction de faible sévérité qui ne l'a pas empêché de récidiver.

D'autre part, devant un jeune présentant un faible potentiel de réadaptation, ils peuvent être simultanément tentés de diminuer son niveau de risque afin d'éviter d'avoir à intervenir inutilement et d'animer des rencontres qui auront le potentiel d'engendrer peu de valorisation professionnelle, un sentiment d'échec et diverses autres émotions négatives. En effet, les objectifs convoités lors d'une prise de décision peuvent se faire compétition, et même entrer en contradiction entre eux (Gambrill, 2012). Les cliniciens peuvent donc penser que les besoins d'un jeune reposent sur une intervention plus élevée que ce que l'instrument recommande, mais ne pas avoir confiance envers le potentiel de réadaptation

du jeune, les amenant à diminuer le niveau de risque. Les cliniciens d'expérience en milieu de réadaptation parlent fréquemment de désillusions ponctuant leur cheminement professionnel devant l'absence de changement chez les jeunes qu'ils rencontrent (Casoni, 2007). Il est possible que cette désillusion soit observée à la suite d'expériences répétées avec des jeunes, avec qui l'alliance thérapeutique (soit une relation et une collaboration satisfaisantes permettant une entente sur les objectifs de traitement; Horvath & Bedi, 2002) est plus difficile à installer. Cet obstacle que représente la difficulté à établir une bonne alliance thérapeutique est particulièrement retrouvé avec les clients présentant une personnalité antisociale (Bockian, 2006).

L'utilisation de la dérogation clinique peut ainsi représenter une tentative de prise de contrôle de la relation et du processus thérapeutique de la part du clinicien, lui permettant de diminuer l'anxiété liée au contact avec le jeune antisocial, ainsi qu'une mesure de protection face aux émotions que ce dernier déclenche chez lui (Casoni, 2007). Cette pratique pourrait donc leur permettre de contrôler davantage le jeune en lui attribuant un niveau de risque associé à une intervention plus intensive, ou d'éviter la frustration et la déception qu'engendrerait une intervention plus fréquente avec un jeune démontrant un faible potentiel de réadaptation.

Alors que la plupart des cliniciens se perçoit comme sensible et bienveillant (Bockian, 2006), leur personnalité peut entrer en contradiction avec celles des jeunes présentant des traits antisociaux. Lorsque le clinicien n'arrive pas suffisamment à s'identifier à son client, il arrive que la relation soit compromise et que la capacité d'empathie du clinicien soit grandement diminuée (Watkins, 1985). Inversement, certains

cliniciens s'identifient davantage à la souffrance intérieure du délinquant et visent ainsi à la soulager (Casoni, 2007). Ce faisant, le clinicien peut être porté à confondre la détresse du jeune avec l'entièreté de sa personne, minimisant ses comportements antisociaux et violents, qui pourtant font tout autant partie de lui (Casoni, 2007). Il est donc possible que les cliniciens qui s'identifient trop massivement à la souffrance du jeune soient tentés d'utiliser la dérogation clinique dans le but de diminuer le niveau de risque d'un jeune, qu'ils ne considèrent pas réellement dangereux mais plutôt victime de la société qui n'a pas su le protéger (Casoni, 2007).

Les réactions contre-transférentielles des cliniciens peuvent différer en fonction de leur sexe et de celui du jeune. En effet, le sexe des cliniciens peut venir influencer les stéréotypes qu'ils entretiennent à l'égard des jeunes, en généralisant à tort des caractéristiques à l'ensemble de cette population (Gambrill, 2012). Ces stéréotypes peuvent venir influencer la façon dont les cliniciens perçoivent leur relation avec les jeunes qu'ils rencontrent (Favier et al., 2012). Les cliniciens de sexe masculin peuvent, par exemple, être effrayés par le potentiel séducteur des jeunes contrevenantes et des dangers potentiels y étant associés (suggérant un stéréotype de sexualisation des femmes; Favier et al., 2012), tandis que les cliniciennes peuvent être davantage portées à se préoccuper de leur bien-être (suggérant un stéréotype de vulnérabilité).

Le possible manque de remise en question des cliniciens à l'égard de leur jugement peut découler de la tendance générale à croire que le fait d'entretenir de bonnes intentions à l'égard d'un client est suffisant pour le protéger d'un service inefficace ou préjudiciable (Gambrill, 2012; Sharpe & Faden, 1998). Il peut également être exacerbé par la peur de

commettre des erreurs ainsi que la faible tolérance à l'incertitude, qui représentent des freins communs aux processus réflexifs nécessaires à la résolution de problèmes (Gambrill, 2012). Dans le cadre du travail des délégués à la jeunesse, les décisions ont des retombées importantes : elles influencent le juge dans sa décision concernant la sentence à rendre au jeune; elles permettent d'identifier le niveau d'intervention qui lui sera offert et elles lui posent une étiquette qui le suivra et qui influencera le jugement des intervenants subséquents quant à son potentiel de réadaptation et au danger qu'il peut représenter pour la société. La peur de commettre des erreurs peut ainsi représenter une réaction inhérente aux enjeux liés à leur travail.

Finalement, il est également possible que les préconceptions des cliniciens et leurs réactions contre-transférentielles divergent selon leur parcours académique (p. ex., travail social, criminologie, éducation spécialisée...). En criminologie, formation initiale de la plupart des délégués à la jeunesse, les étudiants suivent de nombreux cours axés sur la criminalité et les enjeux associés. Cette spécialisation peut venir déconstruire les mythes et préjugés qu'ils entretiennent à l'égard des contrevenants, qui auraient le potentiel d'influencer leurs processus décisionnels dans le cadre de leur futur travail de délégué à la jeunesse. De plus, ils sont généralement introduits aux instruments standardisés d'évaluation du risque de récidive dans le cadre de leur formation en criminologie, pouvant faciliter leur compréhension de l'instrument, notamment quant à ses buts et ses concepts, et par le fait-même, faciliter la confiance qu'ils accordent à l'instrument. En effet, connaître la base théorique entourant le problème à résoudre (faits, concepts, principes et stratégies associées) permet une minimisation des biais et une plus grande efficacité des processus

réflexifs (Gambrill, 2012). Outre la criminologie, les différentes formations académiques des délégués à la jeunesse ne leur permettent pas nécessairement de se familiariser aux instruments spécifiques de risque de récidive qui visent l'évaluation des facteurs criminogènes dans la vie des contrevenants (p. ex., travail social ou éducation spécialisée). Il serait ainsi intéressant d'évaluer, dans le cadre de recherches futures, l'impact du parcours académique sur l'utilisation de la dérogation clinique. Ces études permettraient d'identifier si la formation actuellement mise en place pour les délégués à la jeunesse permet d'uniformiser les connaissances à l'égard de la base théorique associée à leur mandat, ou si au contraire, certains professionnels s'avèrent plus enclins à recourir à la dérogation clinique. Si tel est le cas, il pourrait s'avérer pertinent d'ajouter un segment, lors de la formation initiale, sur l'effet préjudiciable de cette pratique clinique sur la validité prédictive d'un instrument d'évaluation, ainsi que sur les heuristiques, biais et contre-transferts potentiels pouvant influencer les processus décisionnels des cliniciens.

Implications pour la pratique

Cette étude aura permis d'amorcer une réflexion sur les facteurs influençant l'utilisation de la dérogation clinique, et plus globalement les heuristiques et réactions contre-transférentielles susceptibles d'influencer les prises de décisions chez les cliniciens en milieux de réadaptation auprès des jeunes contrevenants. Questionner de façon critique les mécanismes influençant les processus décisionnels des délégués à la jeunesse représente un premier pas dans l'identification des biais et réactions contre-transférentielles souvent inconscients, pouvant représenter des freins dans le processus d'aide offert aux jeunes contrevenants. Éviter les biais présents dans les processus décisionnels des délégués à la

jeunesse permettrait d'offrir les interventions les plus appropriées aux besoins des adolescents, qui se trouvent à une période critique de leur développement, afin d'éviter une cristallisation d'un mode de vie délinquant. De même, la reconnaissance de son propre contre-transfert s'avère cruciale afin que celui-ci n'entrave pas le processus thérapeutique, puisqu'il influence grandement la façon dont le clinicien perçoit le client (Rosenberger & Hayes, 2002). Les enjeux non résolus du clinicien, sollicités par les caractéristiques du client (Rosenberger & Hayes, 2002), peuvent ainsi engendrer un biais à l'égard de ce dernier. À titre d'illustration, Nugent et Zamble (2001) mettent de l'avant que les contrevenants maintenus en incarcération n'ont pas nécessairement un risque accru de récidive, mais peuvent être décrits comme « socialement répréhensibles, détestables et peu coopératifs » (p. 32). Ainsi, ils émettent l'hypothèse que les décisions relatives au maintien en incarcération puissent être basées sur des réactions personnelles, au-delà de la protection de la société ou des besoins du contrevenant, ce dernier n'étant pas parvenu à se faire apprécier des cliniciens. Ainsi, les retombées des réactions contre-transférentielles des cliniciens peuvent être majeures, dont la négligence des besoins du contrevenant.

Il est question dans ce mémoire doctoral de délégués à la jeunesse, mais la réflexion peut certainement s'étendre au travail des psychologues travaillant avec le même type de clientèle. En effet, cette réflexion à l'égard des biais et des réactions contre-transférentielles ne s'applique pas qu'aux délégués à la jeunesse, mais à tous les cliniciens qui travaillent auprès d'une clientèle délinquante. Les psychologues ne sont pas à l'abri de préconceptions pouvant les habiter, ou encore de réactions visant, par exemple, une réduction de l'anxiété à l'égard du client. Bien que le jugement des psychologues effectuant de la psychothérapie

auprès de jeunes contrevenants puisse être teinté de ces enjeux, la réflexion actuelle se pose particulièrement dans le cadre des jugements posés à l'égard d'un jeune. Ces décisions cliniques collent une étiquette au jeune et auront le potentiel de le suivre et d'influencer ses interactions subséquentes avec les acteurs du système judiciaire et même de la santé. Les psychologues effectuant des évaluations de la dangerosité connaissent particulièrement ces enjeux. Ceux-ci utilisent notamment le *Historical Clinical Risk-20* (HCR-20; Webster & Eaves, 1995) pour évaluer le risque de comportements violents de la clientèle qu'ils rencontrent. Il s'agit d'un instrument standardisé, tout comme le YLS/CMI, qui permet d'évaluer la présence de plusieurs facteurs de risque. Cet instrument requiert toutefois une bien plus grande part de jugement clinique, puisque ses auteurs recommandent que les décisions ne soient pas basées sur le score que fournit l'instrument, mais plutôt sur le regard global que l'instrument permet d'obtenir en considérant un grand éventail de variables (Lindsay & Beail, 2004). Alors que les processus réflexifs sont grandement facilités par la solidité de la base théorique associée à l'enjeu concerné (Gambrill, 2012), les psychologues ne reçoivent en général aucune formation, durant leur parcours académique, sur l'évaluation de la récidive ou de la dangerosité des jeunes contrevenants. Leurs processus décisionnels s'avèrent donc davantage susceptibles d'être teintés de biais, la base théorique étant nécessaire pour réfléchir de manière efficace au problème à résoudre (Gambrill, 2012). Dans ce contexte, la formation continue spécifique à ce type d'évaluation apparaît donc essentielle pour les psychologues travaillant auprès de cette clientèle.

Par ailleurs, un autre mandat important chez les psychologues travaillant au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal repose sur la consultation auprès d'équipes

constituées de délégués à la jeunesse, travailleurs sociaux et criminologues. Devant un collègue qui lui exprime une difficulté ou problématique dans le cadre de son travail avec la clientèle ou un client en particulier, le psychologue soulève des hypothèses de travail et propose des avenues possibles d'intervention (Ordre des psychologues du Québec, 2003). Il s'avère donc important qu'il soit conscient des biais et des contre-transferts possibles qui animent le délégué à la jeunesse, afin de lui offrir un soutien éclairé. Il est également important qu'il soit à l'écoute des siens, afin d'être vigilant aux biais communs partagés entre le psychologue et le délégué à la jeunesse qui le consulte, qui peuvent affecter la validité prédictive des conclusions découlant de l'évaluation. À l'opposé, les préconceptions et réactions contre-transférentielles des cliniciens, aussi variées soient-elles, peuvent entrer en contradiction avec ceux du psychologue consultant, ajoutant un défi supplémentaire lors du travail d'équipe. Si toutefois chacun se montre sensible aux facteurs influençant ses propres processus décisionnels, une meilleure collaboration pourra être installée. L'utilisation optimale des outils d'évaluation objectifs apparaît ainsi primordiale afin de réduire au maximum les biais et parvenir à un consensus dans l'évaluation.

En résumé, cette recherche pourra permettre de soutenir davantage les cliniciens dans cette tâche lourde d'implications que représente l'évaluation du risque de récidive des jeunes contrevenants, considérant les répercussions qu'elle engendre pour l'adolescent. L'importante disparité dans l'utilisation de la dérogation clinique entre les deux versions de l'instrument à l'étude, qui permet d'observer une diminution du recours à la dérogation clinique à la suite de la formation reçue, suggère un effet de la formation sur les processus décisionnels des cliniciens. Toutefois, ceux-ci demeurent influencés par certaines

caractéristiques des jeunes contrevenants en dépit de la formation reçue. Cette recherche pourra ainsi permettre de bonifier les formations offertes par les établissements utilisant le YLS/CMI dans le but de sensibiliser les cliniciens sur les différents facteurs pouvant influencer leurs décisions cliniques. Ces formations pourront également être bénéfiques pour des recherches futures qui poursuivront la réflexion sur les pratiques cliniques en milieux de réadaptation.

Pistes de recherches futures

Cette recherche a permis d'analyser l'influence de certaines caractéristiques des jeunes contrevenants sur l'utilisation de la dérogation clinique par les délégués à la jeunesse et, plus globalement, leurs processus décisionnels. Elle a également permis de réfléchir, par extension, à ceux des psychologues, qui peuvent être influencés par le contre-transfert du délégué à la jeunesse qui les consultent, ou encore par leurs propres préconceptions et réactions affectives vis-à-vis un jeune contrevenant lors de leurs propres évaluations. Puisque ces dernières requièrent une grande part de jugement clinique, notamment dans l'évaluation de la dangerosité, il serait pertinent de se pencher sur l'impact des caractéristiques des jeunes sur les processus réflexifs et décisionnels des psychologues.

Dans le cadre du mandat des délégués à la jeunesse, il pourrait être pertinent d'évaluer différents facteurs supplémentaires pouvant influencer le recours à la dérogation clinique. Tel que discuté précédemment, la formation académique du clinicien représenterait une variable intéressante à inclure. Étudier la relation entre les préconceptions des cliniciens, leur domaine d'étude et leur propension à utiliser la

dérogação clinique, pourrait permettre d'avoir un aperçu de l'effet de la disparité dans les formations universitaires sur les processus décisionnels des cliniciens. De plus, le sexe du clinicien pouvant influencer leurs stéréotypes à l'égard des jeunes (Favier et al., 2012), il serait intéressant d'évaluer s'il influence le recours à la dérogation clinique.

Finalement, tel que suggéré dans notre article *Use of Clinical Override in the Assessment of Young Offenders' Risk of Recidivism*, aller à la rencontre des cliniciens pour explorer de façon qualitative les facteurs liés à la dérogation clinique pourrait non seulement être enrichissant pour identifier ceux qui sont accessibles à leur conscience, mais également pour amorcer une réflexion sur leur pratique. Celle-ci pourrait à la fois leur permettre de prendre conscience de certaines cognitions automatiques qui influencent quotidiennement leur pratique, mais pourrait également mettre en lumière leur complexe réalité, inaccessible dans son entièreté par le biais des données quantitatives, pouvant expliquer leurs décisions cliniques.

Références

- Ægisdóttir, S., White, M. J., Spengler, P. M., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S., Nichols, C. N., Lampropoulos, G. K., Walker, B. S., Cohen, G., & Rush, J. D. (2006). The Meta-Analysis of Clinical Judgment Project: Fifty-Six Years of Accumulated Research on Clinical Versus Statistical Prediction. *The Counseling Psychologist*, 34(3), 341-382. <https://doi.org/10.1177/0011000005285875>
- Agnew, R., & Brezina, T. (2012). *Juvenile Delinquency: Causes and Control* (4^e éd.). Oxford University Press.
- Akman, D. D., Normandeau, A., & Turner, S. (1967). Measurement of Delinquency in Canada. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 58(3), 330-337. <https://doi.org/10.ffdfxb>
- Anderson, V. R., Davidson, W. S., Barnes, A. R., Campbell, C. A., Petersen, J. L., & Onifade, E. (2016). The differential predictive validity of the Youth Level of Service/Case Management Inventory: the role of gender. *Psychology, Crime and Law*, 22(7), 666-677. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2016.1174861>
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (1994). *The psychology of criminal conduct*. Anderson Publishing Co.
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2004). *The Level of Service/Case Management Inventory*. Multi-Health Systems. <https://doi.org/10.1037/t05029-000>
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2011). The risk-need-responsivity (RNR) model: Does adding the good lives model contribute to effective crime prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38(7), 735-755. <https://doi.org/10.1177/0093854811406356>
- Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F. T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28(3), 369-403. <https://doi.org/10.3868/s050-004-015-0003-8>
- Ansbro, M. (2010). The Nuts and Bolts of Risk Assessment: When the Clinical and Actuarial Conflict. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 49(3), 252-268. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2311.2010.00614.x>
- Blumstein, A., Cohen, J., & Farrington, D. P. (1988). Criminal Career Research: Its Value for Criminology. *Criminology*, 26(1), 1-35. <https://doi.org/10/fbn6z9>
- Bockian, N. R. (2006). Depression in Antisocial Personality Disorder. Dans *Personality-Guided Behavior Therapy* (Series Edi, p. 109-133). American Psychological Association.

- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2003). A commentary on Ward and Stewart's model of human needs. *Psychology, Crime and Law*, 9(3), 215-218. <https://doi.org/10.1080/1068316031000112115>
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). *Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité*. Sécurité publique Canada. <https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rsk-nd-rspnsvty/index-fr.aspx>
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2017). *The Psychology of Criminal Conduct* (LexisNexis (éd.); 5th éd.). Routledge. <https://doi.org/10.3138/cjcrim.41.4.554>
- Bonta, J., Blais, J., & Wilson, H. A. (2013). *The prediction of risk for mentally disordered offenders : a quantitative synthesis*. <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/prdctn-rsk-mntlly-dsrdrd/prdctn-rsk-mntlly-dsrdrd-eng.pdf>
- Campbell, C. A., Miller, W., Papp, J., Barnes, A. R., Onifade, E., & Anderson, V. R. (2019). Assessing Intervention Needs of Juvenile Probationers: An Application of Latent Profile Analysis to a Risk–Need–Responsivity Assessment Model. *Criminal Justice and Behavior*, 46(1), 82-100. <https://doi.org/10.1177/0093854818796869>
- Cannard, C. (2019). *Le développement de l'adolescent: l'adolescent à la recherche de son identité*. De Boeck Supérieur.
- Casoni, D. (2007). Enjeux contre-transférentiels dans le traitement du délinquant. *Topique*, 99(2), 79-86. <https://doi.org/10.3917/top.099.0079>
- Catchpole, R. E. H., & Gretton, H. M. (2003). The Predictive Validity of Risk Assessment with Violent Young Offenders: A 1-Year Examination of Criminal Outcome. *Criminal Justice and Behavior*, 30(6), 688-708. <https://doi.org/10.1177/0093854803256455>
- Chappell, A. T., Maggard, S. R., & Higgins, J. L. (2013). Exceptions to the Rule? Exploring the Use of Overrides in Detention Risk Assessment. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 11(4), 332-348. <https://doi.org/10.1177/1541204012470849>
- Chesney-Lind, M. (1977). Judicial Paternalism and the Female Status Offender Training. *Crime and Delinquency*, April, 121-130. <https://doi.org/10.1177/001112877702300203>
- Chesta, S., & Alarcón, P. (2019). Validez preliminar del inventario de evaluación de riesgos criminogénicos YLS/CMI en adolescentes en Chile. *Criminalidad*, 61(2), 25-40. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7042374>
- Childs, K., Frick, P. J., Ryals, J. S., Lingonblad, A., & Villio, M. J. (2013). A Comparison of Empirically Based and Structured Professional Judgment Estimation of Risk Using the Structured Assessment of Violence Risk in Youth. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 12(1), 40-57. <https://doi.org/10.1177/1541204013480368>

- Chu, C. M., Yu, H., Lee, Y., & Zeng, G. (2014). The Utility of the YLS/CMI-SV for Assessing Youth Offenders in Singapore. *Criminal Justice and Behavior*, 41(12), 1437-1457. <https://doi.org/10.1177/0093854814537626>
- Chua, J. R., Chu, C. M., Yim, G., Chong, D., & Teoh, J. (2014). Implementation of the Risk–Need–Responsivity Framework across the Juvenile Justice Agencies in Singapore. *Psychiatry, Psychology and Law*, 21(6), 877-889. <https://doi.org/10.1080/13218719.2014.918076>
- Cohen, T. H., Lowenkamp, C. T., Bechtel, K., & Flores, A. W. (2020). *Risk Assessment Overrides Shuffling the Risk Deck Without Any Improvements in Prediction*. 1609-1629. <https://doi.org/10.1177/0093854820953449>
- Couture, A.-M. (2012). *L'entretien motivationnel chez les jeunes faisant partie d'un gang de rue* [Université de Montréal]. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/8981>
- DiGiuseppe, R., Linscott, J., & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied and Preventive Psychology*, 5(2), 85-100. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(96\)80002-3](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(96)80002-3)
- Dowden, C., & Andrews, D. A. (1999). What Works in Young Offender Treatment: A Meta-Analysis. *Forum on Corrections Research*, 11(2), 21-24. https://www.csc-scc.gc.ca/publications/forum/e112/112e_e.pdf
- Dubreucq, J. L., Joyal, C., & Millaud, F. (2005). Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales Medico-Psychologiques*, 163(10), 852-865. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2005.09.014>
- Favier, L., Dubien, J., Brisebois, I., Caron, N., Kurtzman, L., & Lebreton, C. (2012). *Les jeunes filles qui fréquentent des organismes de justice alternative*. <http://shorturl.at/atKRV>
- Fitzpatrick, M., & Irannejad, S. (2008). Adolescent readiness for change and the working alliance in counseling. *Journal of Counseling and Development*, 86(4), 438-445. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2008.tb00532.x>
- Gambrill, E. (2012). *Critical Thinking in Clinical Practice: Improving the quality of judgments and decisions* (2^e éd.). John Wiley & Sons, inc.
- Garb, H. N., & Boyle, P. A. (2015). Understanding Why Some Clinicians Use Pseudoscientific Methods : Findings from Research on Clinical Judgment. Dans S. O. Lilienfeld, S. J. Lynn, & J. M. Lohr (Éd.), *Science and Pseudoscience in Clinical Psychology* (2th éd., p. 19-41). The Guildford Press.
- Goldie, P. (2008). Misleading Emotions. Dans G. Burn, U. Goguoglu, & D. Kuenzle (Éd.), *Epistemology and Emotions*. Ashgate. <https://doi.org/10.4018/jse.2013010104>
- Goldstein, E. B. (2014). *Cognitive Psychology: Connecting Mind, Research and*

- Everyday Experience* (4^e éd.). Nelson Education.
- Gordon, J., & Kirtchuk, G. (2008). Introduction. Dans J. Gordon & G. Kirtchuk (Éd.), *Psychic Assaults and Frightened Clinicians: Countertransference in Forensic Settings*. Karnac.
- Gore, K. S. (2007). Adjusted actuarial assessment of sex offenders: The impact of clinical overrides on predictive accuracy. Dans *Retrospective Theses and Dissertations*. <https://doi.org/10.31274/rtd-180813-16754>
- Gouvernement du Canada. (2013). *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents: Résumé et historique*. <https://www.justice.gc.ca/fra/jp-cj/jj-yj/outils-tools/hist-back.html#:~:text=La Loi sur le système,%2C accusés d%27infractions criminelles>.
- Gouvernement du Québec. (2016). *L'application de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents dans les centres intégrés qui offrent des services de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation*. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001008/#:~:text=Le manuel de référence L,sociaux \(CIUSSS\) offrant des services](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001008/#:~:text=Le manuel de référence L,sociaux (CIUSSS) offrant des services)
- Gouvernement du Québec. (2020). *Mesures et sanctions extrajudiciaires imposées à un adolescent*. <http://www4.gouv.qc.ca/fr/Portail/citoyens/programme-service/Pages/Info.aspx?sqctype=sujet&sqcid=558>
- Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation : An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(5), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Grove, W. M., Zald, D. H., Lebow, B. S., Snitz, B. E., & Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, 12(1), 19-30. <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/1040-3590.12.1.19>
- Guay, J.-P. (2006). Prédiction actuarielle et prédiction clinique : le dernier souffle d'une pratique traditionnelle. *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*, 59, 149-164.
- Guay, J.-P., & Parent, G. (2018). Broken Legs, Clinical Overrides, and Recidivism Risk: An Analysis of Decisions to Adjust Risk Levels With the LS/CMI. *Criminal Justice and Behavior*, 45(1), 82-100. <https://doi.org/10.1177/0093854817719482>
- Hannah-Moffat, K., & Maurutto, P. (2003). *Youth Risk/Need Assessment: An Overview of Issues and Practices*. http://www.justice.gc.ca/eng/pi/rs/rep-rap/2003/rr03_yj4-rr03_jj4/index.html
- Hanson, R. K. (2005). *The Validity of Static-99 with Older Sexual Offenders*. The Department of the Solicitor General and Her Majesty's Prison Service, London. <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/sttc-mprvng-actrl/index-en.aspx?wbdisable=true>

- Hanson, R. K., & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(2), 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.2.348>
- Hanson, R. K., & Thornton, D. (2000). Static 99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders. *Law and Human Behavior*, 24(1), 119-136. <https://doi.org/10/fgm4rz>
- Helmus, L., & Bourgon, G. (2011). Taking stock of 15 years of research on the spousal assault risk assessment guide (SARA): A critical review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10(1), 64-75. <https://doi.org/10.1080/14999013.2010.551709>
- Hindelang, M. J., Hirschi, T., & Weis, J. G. (1979). Correlates of Delinquency : The Illusion of Discrepancy between Self-Report and Official Measures. *American Sociological Review*, 44(6), 995-1014. <https://doi.org/10.2307/2094722>
- Hockenberry, S., & Puzzanchera, C. (2015). *Juvenile Court Statistics 2013*. <https://www.ojjdp.gov/ojstatbb/njcda/pdf/jcs2013.pdf>
- Hoge, R. D., & Andrews, D. A. (2006). *Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI) user's manual*. Multi-Health Systems.
- Holland, J. H., Holyoak, K. J., Nisbett, R. E., & Thagard, P. R. (1986). *Induction: Processes of inference, learning, and discovery*. MIT Press.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The Alliance. Dans J. C. Norcross (Éd.), *Psychotherapy Relationships That Work* (p. 37-69). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.001.0001>
- Huijsmans, T., Nivette, A. E., Eisner, M., & Ribeaud, D. (2019). Social influences , peer delinquency, and low self- control : An examination of time-varying and reciprocal effects on delinquency over adolescence. *European Journal of Criminology*, 1-21. <https://doi.org/10.1177/1477370819838720>
- Irwin, H. J. F., & Real, D. L. (2010). Unconscious Influences on Judicial Decision-Making: The Illusion of Objectivity. *McGeorge Law Review*, 42(1), 1-18.
- James, C. (s. d.). *Stereotyping and its consequence for racial minority youth*. Commission ontarienne des droits de la personne. <http://www.ohrc.on.ca/en/race-policy-dialogue-papers/stereotyping-and-its-consequence-racial-minority-youth>
- Johnson, B. D. (2005). Contextual disparities in guidelines departures: Courtroom social contexts, guidelines compliance, and extralegal disparities in criminal sentencing. *Criminology*, 43(3), 761-796. <https://doi.org/10.1111/j.0011-1348.2005.00023.x>
- Kamorowski, J., de Ruiter, C., Schreuder, M., Ask, K., & Jelacic, M. (2020). *Forensic Mental Health Practitioners' Use of Structured Risk Assessment Instruments, Views About Bias in Risk Evaluations, and Strategies to Counteract It*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/te5c2>

- Kermer, D. A., Driver-Linn, E., Wilson, T. D., & Gilbert, D. T. (2006). Loss Aversion Is an Affective Error Forecasting. *Psychological Science*, 17(8), 649-654. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01760.x>
- Koehler, J. A., Lösel, F., Akoensi, T. D., & Humphreys, D. K. (2013). A systematic review and meta-analysis on the effects of young offender treatment programs in Europe. *Journal of Experimental Criminology*, 9(1), 19-43. <https://doi.org/10.1007/s11292-012-9159-7>
- Kruttschnitt, C. (1994). Gender and Interpersonal Violence. Dans A. J. Reiss & J. A. Roth (Éd.), *Understanding and Preventing Violence : Social Influences* (Vol. 3, p. 293-376). National Academy Press. <https://doi.org/10.17226/4421>
- Krysiak, J., & LeCroy, C. W. (2002). The Empirical Validation of an Instrument to Predict Risk of Recidivism Among Juvenile Offenders. *Research on Social Work Practice*, 12(1), 71-81. <https://doi.org/10.1177/104973150201200106>
- Lafortune, D., & Bedwani, N. C. (1996). Les psychothérapies individuelles. Dans P. Doucet & W. Reid (Éd.), *La psychothérapie analytique: Une diversité de champs cliniques* (p. 119-132). Gaëtan Morin.
- Lafortune, D., Royer, M. N., Rossi, C., Turcotte, M. E., Boivin, R., Cousineau, M.-M., Dionne, J., Drapeau, S., Faubert, C., Guay, J.-P., Fenchel, F., Laurier, C., Meilleur, D., & Trépanier, J. (2015). La loi sur le système de justice pénale pour les adolescents sept ans plus tard : portrait des jeunes, des trajectoires et des pratiques. *FRQSC*. http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/PC_LafortuneD_rapport_justice-penale-ados.pdf/a6c14f3c-69ec-4baf-a7f0-584a012ac075
- Lambie, G. W. (2004). Motivational Enhancement Therapy: A Tool for Professional School Counselors Working With Adolescents. *Professional School Counseling*, 7(4), 268-276. <https://www.jstor.org>
- Laforest, N., & Desai, B. (2002). La nature de la prise en charge des adolescentes par la justice : jonction des attitudes paternalistes et du profil comportemental des adolescentes. *Déviance et Société*, 26(4), 463. <https://doi.org/10.3917/ds.264.0463>
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1997). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France.
- Latessa, E., Lux, J., Chouhy, C., & Long, J. (2016). *Examining the Validity and Reliability of the Youth Level of Service/Case Management Inventory 2.0 for the South Dakota Department of Corrections — Juvenile Community Corrections*. <http://shorturl.at/imuSW>
- Le Blanc, M. (2002). The offending cycle, escalation and de-escalation in delinquent behavior: A challenge for criminology. *International Journal of Comparative and Applied Criminal Justice*, 26(1), 53-83.

<https://doi.org/10.1080/01924036.2002.9678679>

- Leiber, M. J., & Fox, K. C. (2005). Race and the impact of detention on juvenile justice decision making. *Crime and Delinquency*, 51(4), 470-497. <https://doi.org/10/fgnj3h>
- Lidén, M., Gräns, M., & Juslin, P. (2018). The Presumption of Guilt in Suspect Interrogations : Apprehension as a Trigger of Confirmation Bias and Debiassing Techniques. *Law and Human Behavior*, 42(4), 336-354. <https://doi.org/10.1037/lhb0000287>
- Lindsay, W. R., & Beail, N. (2004). Risk assessment: Actuarial prediction and clinical judgement of offending incidents and behaviour for intellectual disability services. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17(4), 229-234. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2004.00212.x>
- Lowenkamp, C. T., & Latessa, E. J. (2004). Understanding the Risk Principle: How and Why Correctional Interventions Can Harm Low-Risk Offenders. *Topics in Community Corrections*, 3-8. <http://www.nicic.org>
- Mahony, T. H. (2011). Women and the criminal justice system. Dans *Classic and Contemporary Readings in Sociology*. <https://doi.org/10.4324/9781315840154-45>
- McKinney, S. (2019). Female Status Offenders. Dans F. P. Bernat & K. Frailing (Éd.), *The Encyclopedia of Women and Crime*. John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10/d2hx>
- McMurrin, M. (2009). Motivational interviewing with offenders: A systematic review. *Legal and Criminological Psychology*, 14(1), 83-100. <https://doi.org/10/cqzsfw>
- Miller, J., & Maloney, C. (2013). Practitioner Compliance With Risk/Needs Assessment Tools: A Theoretical and Empirical Assessment. *Criminal Justice & Behavior*, 40(7), 716-736. <https://doi.org/10.1177/0093854812468883>
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674-701. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.100.4.674>
- Moffitt, T. E. (2006). Life-Course-Persistent versus Adolescence-Limited Antisocial Behavior. Dans D. Cicchetti & D. J. Cohen (Éd.), *Developmental Psychopathology* (2e éd., p. 570-598). John Wiley & Sons, Inc.
- Moffitt, T. E., & Silva, P. A. (1988). Self-reported delinquency: results from an instrument for New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 21(4), 227-240. <https://doi.org/10.1177/000486588802100405>
- Nickerson, R. S. (1998). Confirmation bias: A ubiquitous phenomenon in many guises. *Review of General Psychology*, 2(2), 175-220. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.2.175>

- Nisbett, R., & Ross, L. (1980). *Human Inference: Strategies and Shortcomings of Social Judgment* (Englewood). Prentice Hall.
- Nugent, P., & Zamble, E. (2001). Influencer les renvois en vue d'un examen de maintien en incarcération par l'entremise d'une sélection appropriée. *Forum - Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 13, 30-34. <http://shorturl.at/tAFH9>
- Olver, M. E., Stockdale, K. C., & Wormith, J. S. (2009). Risk assessment with young offenders: A meta-analysis of three assessment measures. *Criminal Justice and Behavior*, 36(4), 329-353. <https://doi.org/10.1177/0093854809331457>
- Ordre des psychologues du Québec. (2003). La pratique des psychologues en centre jeunesse. *Fiche déontologique*, 4(1). https://www.ordrepsy.qc.ca/c/document_library/get_file?uuid=e7de521a-09db-43b3-afd8-2df61a4702c2&groupId=26707
- Parent, G., & Guay, J.-P. (2017). *Évaluation structurée du risque de récidive et jugement clinique*. Communication présentée au 38e congrès de la Société de criminologie.
- Peck, J. H. (2019). Girls in the juvenile justice system. *The Encyclopedia of Women and Crime*, 1-6. <https://doi.org/10.1002/9781118929803.ewac0244>
- Piquero, A. R., Farrington, D. P., & Blumstein, A. (2003). The Criminal Career Paradigm. *Crime and Justice*, 30(1), 359-506. <https://www.jstor.org>
- Piquero, A. R., Schubert, C. A., & Brame, R. (2014). Comparing Official and Self-report Records of Offending across Gender and Race/Ethnicity in a Longitudinal Study of Serious Youthful Offenders. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 51(4), 526-556. <https://doi.org/10.1177/0022427813520445>
- Rachlinski, J. J., Johnson, S. L., Wistrich, A. J., & Guthrie, C. (2009). Does Unconscious Racial Bias Affect Trial Judges? *Notre Dame Law Review*, 84(3), 1195-1246. <https://scholarship.law.nd.edu/ndlr/vol84/iss3/4>
- Rassin, E. (2020). Context effect and confirmation bias in criminal fact finding. *Legal and Criminological Psychology*. <https://doi.org/10.1111/lcrp.12172>
- Rosenberger, E. W., & Hayes, J. A. (2002). Therapist as Subject: A Review of the Empirical Countertransference Literature. *Journal of Counseling & Development*, 80, 264-270. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2002.tb00190.x>
- Rosenthal, R., & Jacobson, L. (1968). Pygmalion in the classroom. *The Urban Review*, 3(1), 16-20. <https://doi.org/10.1007/BF02322211>
- Rouleau, A., & Parent, G. (2018). Portrait de l'évaluation du risque de récidive et la dérogation clinique. *Défi-Jeunesse*, 24(2), 71-78.
- Ruscio, J. (2003). Holistic Judgment in Clinical Practice. *The Scientific Review of Mental Health Practice*, 2(1), 33-48. <http://shorturl.at/BMNZ1>

- Schaefer, L., & Williamson, H. (2018). Probation and Parole Officers' Compliance With Case Management Tools: Professional Discretion and Override. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(14), 4565-4584. <https://doi.org/10/gd86n8>
- Schmidt, F., Hoge, R. D., & Gomes, L. (2005). Reliability and validity analyses of the youth level of service/case management inventory. *Criminal Justice and Behavior*, 32(3), 329-344. <https://doi.org/10.1177/0093854804274373>
- Schmidt, F., Sinclair, S. M., & Thomasdóttir, S. (2015). Predictive Validity of the Youth Level of Service/Case Management Inventory with Youth who have Committed Sexual and Non-Sexual Offenses: The Utility of Professional Override. *Criminal Justice and Behavior*, 43(3), 1-18. <https://doi.org/10.1177/0093854815603389>
- Schneider, A. L., Ervin, L., & Snyder-Joy, Z. (1996). Further exploration of the flight from discretion: The role of risk/need instruments in probation supervision decisions. *Journal of Criminal Justice*, 24(2), 109-121. [https://doi.org/10.1016/0047-2352\(95\)00059-3](https://doi.org/10.1016/0047-2352(95)00059-3)
- Schwalbe, C. S. (2008). A Meta-Analysis of Juvenile Justice Risk Assessment Instruments: Predictive Validity by Gender. *Criminal Justice and Behavior*, 35(11), 1367-1381. <https://doi.org/10.1177/0093854808324377>
- Sharpe, V. A., & Faden, A. I. (1998). *Medical Harm: Historical, Conceptual, and Ethical Dimensions of Iatrogenic Illness*. Cambridge University Press.
- Shook, J. J., & Sarri, R. C. (2007). Structured Decision Making in Juvenile Justice: Judges' and Probation Officers' Perceptions and Use. *Children and Youth Services Review*, 29(10), 1335-1351. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.05.008>
- Spivak, A. L., Wagner, B. M., Whitmer, J. M., & Charish, C. L. (2014a). Gender and Status Offending: Judicial Paternalism in Juvenile Justice Processing. *Feminist Criminology*, 9(3), 224-248. <https://doi.org/10.1177/1557085114531318>
- Spivak, A. L., Wagner, B. M., Whitmer, J. M., & Charish, C. L. (2014b). Gender and Status Offending: Judicial Paternalism in Juvenile Justice Processing. *Feminist Criminology*, 9(3), 224-248. <https://doi.org/10.1177/1557085114531318>
- Statistique Canada. (2009). *Section 1 : Indice de gravité de la criminalité*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-004-x/2009001/part-partie1-fra.htm>
- Storey, J. E., Watt, K. A., Jackson, K. J., & Hart, S. D. (2012). Utilization and implications of the Static-99 in practice. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 24(3), 289-302. <https://doi.org/10.1177/1079063211423943>
- Thompson, A. P., & Putnins, A. L. (2003). Risk-Need Assessment Inventories for Juvenile Offenders in Australia. *Psychiatry, Psychology and Law*, 10(2), 324-333. <https://doi.org/10.1375/pplt.2003.10.2.324>

- Tversky, A., & Kahneman, D. (1973). Availability: A heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive Psychology*, 5(2), 207-232. [https://doi.org/10.1016/0010-0285\(73\)90033-9](https://doi.org/10.1016/0010-0285(73)90033-9)
- Viglione, J. (2019). The Risk-Need-Responsivity Model: How Do Probation Officers Implement the Principles of Effective Intervention? *Criminal Justice and Behavior*, 46(5), 655-673. <https://doi.org/10.1177/0093854818807505>
- Viglione, J., Rudes, D. S., & Taxman, F. S. (2015). Misalignment in Supervision: Implementing Risk/Needs Assessment Instruments in Probation. *Criminal Justice and Behavior*, 42(3), 263. <https://doi.org/10.1177/0093854814548447>
- Villanueva, L., Basto-Pereira, M., & Cuervo, K. (2019). How to Improve the YLS/CMI? Exploring a Particularly Predictive Combination of Items. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. <https://doi.org/10.1177/0306624X19881926>
- Vincent, G. M., Drawbridge, D., & Davis, M. (2019). The validity of risk assessment instruments for transition-age youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(2), 171-183. <https://doi.org/10.1037/ccp0000366>
- Wade, T. C., & Baker, T. B. (1977). Opinions and use of psychological tests: A survey of clinical psychologists. *American Psychologist*, 32(10), 874-882. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.32.10.874>
- Wallace, W. A. (2016). *The Effect of Confirmation Bias in Criminal Investigative Decision Making* (Numéro October). Walden University.
- Ward, T., & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime and Law*, 10(3), 243-257. <https://doi.org/10.1080/10683160410001662744>
- Ward, T., Yates, P. M., & Willis, G. M. (2012). The good lives model and the risk need responsivity model: A critical response to Andrews, Bonta, and Wormith (2011). *Criminal Justice and Behavior*, 39(1), 94-110. <https://doi.org/10.1177/0093854811426085>
- Watkins, C. E. (1985). Countertransference: Its Impact on the Counseling Situation. *Journal of Counseling & Development*, 63(6), 356-359. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1985.tb02718.x>
- Webster, C. D., & Eaves, D. (1995). *The HCR-20 scheme: The assessment of dangerousness and risk*.
- Weisz, J. R., & Hawley, K. M. (2002). Developmental factors in the treatment of adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 21-43. <https://doi.org/10/fn8f7z>
- Wormith, J. S., Hogg, S., & Guzzo, L. (2012). The Predictive Validity of a General

Risk/Needs Assessment Inventory on Sexual Offender Recidivism and an Exploration of the Professional Override. *Criminal Justice and Behavior*, 39(12), 1511-1538. <https://doi.org/10.1177/0093854812455741>

Wormith, J. S., Hogg, S. M., & Guzzo, L. (2015). The Predictive Validity of the LS/CMI with Aboriginal Offenders in Canada. *Criminal Justice and Behavior*, 42(5), 481-508. <https://doi.org/10.1177/0093854814552843>

I have included the reviews of the manuscript along with this letter, and I anticipate they will be useful for you in revising this manuscript for submission to another outlet. I recognize this letter will come as a disappointment and I am sorry the news is not better. As I am sure you are aware, the journal receives many more submissions than we can publish and approximately 80% of submitted manuscripts are rejected, despite their strengths. I do hope you will continue to consider *Criminal Justice and Behavior* as an outlet for your future scholarship and I wish you all the best in the dissemination of this work.

Kind Regards,

Mark

Mark Olver, Ph.D.
Associate Editor, *Criminal Justice and Behavior*
University of Saskatchewan